



**UNIVERSIDADE DO MINHO  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO  
ANO LETIVO 2015/2016**

**Autor: Edson Gomes Fortes, N.º 3652  
Jaqueline Andrade Coelho, N.º 2803**

**Mindelo, 2017**



Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

***Perceção dos Profissionais de saúde da hemodiálise do HBS sobre as implicações da hemodiálise na vida dos doentes - Estudo Caso***

**Discentes:**

Edson Gomes Fortes nº 3652  
Jaqueline Andrade Coelho nº2803

**Orientadora:**

Dr<sup>a</sup> Maria Auxiliadora Dias Andrade

**Mindelo, 2017**

## **DEDICATÓRIA**

Dedicamos este trabalho de investigação à nossa família, que nos apoiou incondicionalmente, dando força, motivação, e compreensão durante todo este percurso. Sem a vossa ajuda não seria possível finalizar esta etapa muito importante na nossa carreira profissional.

Obrigado por fazerem parte das nossas vidas!

## **AGRADECIMENTOS**

Este trabalho só foi possível devido à colaboração de várias pessoas. Assim, agradecemos a todos os Docentes pelo apoio, disponibilidade e amizade recebido, manifestando a nossa imensa gratidão.

Aos nossos colegas da conclusão da licenciatura em enfermagem pelos momentos compartilhados desde o início desta jornada, apoiando e ajudando uns aos outros, ao longo de toda este trajeto de aprendizagem.

Ao Hospital Dr. Baptista de Sousa em São Vicente, pelos dados disponibilizados para que este trabalho se realizasse.

Por último, a nossa Orientadora Maria Auxiliadora Andrade pela disponibilidade, orientações prestadas e à todos que direta ou indiretamente ajudaram-nos nesta jornada de investigação. Muito obrigado.

## RESUMO

O presente trabalho de investigação tem como objetivo principal analisar a perspetiva dos profissionais de saúde que trabalham na unidade de hemodiálise (HD) do Hospital Baptista de Sousa (HBS) sobre as implicações que a mesma trás aos doentes com Insuficiência renal crónica (IRC) na ilha de São Vicente.

A IRC constitui um grave problema de saúde pública, com elevada taxa de morbilidade e mortalidade em todo o mundo.

A HD é um processo realizado num circuito extracorpóreo, com a utilização de uma membrana artificial e que envolve o desvio de sangue, através de um dialisador a fim de trocar líquidos e eletrolíticos, e de depurar os resíduos. É a terapia renal substitutiva mais utilizada pelos portadores de IRC, e por conseguinte provoca desajustes e mudanças na rotina diária desses doentes.

O trabalho obedeceu uma abordagem qualitativa, com base num estudo exploratório e descritivo. Para a recolha das informações, além da revisão bibliográfica foram aplicados entrevistas semidiretivas aos profissionais de saúde na unidade da hemodiálise do HBS e também a um doente portador de IRC em tratamento hemodialítico na ilha de São Vicente.

Em relação aos resultados obtidos, constatamos que o número de casos de doentes com IRC vem aumentando consideravelmente no que diz respeito a ilha de São Vicente, o que tem gerado uma certa instabilidade pelo facto de a unidade de HD não reunir até então todas as condições necessárias para atender a esta demanda.

Os profissionais de saúde são responsáveis em direccionar os cuidados prestados ao doente renal submetidos a hemodiálise, tendo como missão, ajuda-lo na melhor forma de lidar com a doença, bem como orientá-lo na escolha do tratamento.

Na perceção dos profissionais, a hemodialise, para além de trazer benefícios aos doentes no domínio do tratamento também trás varias implicações, em todos os domínios a nível físico, psíquico e social.

A família e amigos também são cruciais nesse momento, dando todo o apoio necessário, tanto material, físico, emocional como afetivo.

**Palavras-chave:** Doença crónica; Insuficiência Renal Crónica; Hemodiálise; Enfermagem

## ABSTRACT

The main objective of this research is to analyze the health professionals working in the hemodialysis service of HBS on the implications of hemodialysis for patients with chronic renal failure on the island of São Vicente.

Chronic renal failure (CRF) is a serious public health problem with a high morbidity and mortality rate worldwide

Hemodialysis is a process performed in an extracorporeal circuit, using an artificial membrane and involving the diversion of blood, through a dialyzer to exchange fluids and electrolytes, and to purify the waste. It is the renal replacement therapy most commonly used by patients with chronic renal failure, and therefore causes imbalances and changes in the daily routine of these patients.

The work obeyed a qualitative approach, based on an exploratory and descriptive study. To collect the information, in addition to the bibliographic review, semi-directional interviews were applied to a patient with CRI on Hemodialysis treatment, and to health professionals at the HBS hemodialysis unit, on the island of São Vicente.

In relation to the results obtained, we found that the number of cases of CRI drugs has been increasing considerably is not related to the island of São Vicente, which has generated a certain instability due to the fact that a HD unit does not meet all the Conditions to meet this demand.

Health professionals are responsible for directing the care provided to the renal patient undergoing hemodialysis, whose mission is to assist him in the best way to deal with the disease, as well as guide him in the choice of treatment.

In the perception of professionals, hemodialysis, in addition to bringing benefits to patients in the treatment domain also has several implications, in all physical, psychic and social domains.

Family and friends are also crucial at this time, giving all necessary support, both material, physical, emotional and affective.

**Keywords:** Chronic disease; Chronic renal insufficiency; Hemodialysis; Nursing

## ❖ ÍNDICE GERAL

❖ ÍNDICE GERAL .....	VIII
❖ INTRODUÇÃO.....	- 1 -
Justificativa e Problemática.....	- 3 -
❖ ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	- 10 -
1.1 - Doença Crónica .....	- 10 -
1.2- Anatomia e Fisiologia renal .....	- 12 -
1.3- Função Dos Rins .....	- 14 -
1.4- Insuficiência Renal (IR) .....	- 15 -
1.4.1 – Insuficiência Renal Aguda (IRA) .....	- 16 -
1.4.2 – Insuficiência Renal Crónica (IRC) .....	- 16 -
1.5 – Causas da IRC .....	- 18 -
1.6- Sintomatologia da IRC .....	- 19 -
1.7 – Tratamento da IRC .....	- 19 -
1.8 – Diálise / Hemodiálise (HD) .....	- 20 -
1.8.1- Complicações da Hemodialise .....	- 22 -
1.8.2- Diálise Peritoneal (DP).....	- 23 -
1.8.3- Transplante Renal (TR).....	- 25 -
1.9 - A Enfermagem e a Hemodiálise.....	- 26 -
1.10– Influência da Hemodiálise na Vida dos doentes.....	- 28 -
❖ METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	- 31 -
2.1 - Tipo de Estudo .....	- 31 -
2.2 – Métodos e Instrumento de recolha de informação .....	- 32 -
2.3 – Caracterização do Campo Empírico .....	- 33 -
2.4 – Procedimentos éticos da investigação .....	- 35 -
❖ CAPÍTULO III: FASE EMPÍRICA .....	- 36 -
3.1 – Apresentação e Interpretação dos dados.....	- 37 -
3.3 – Discussão dos resultados .....	- 50 -
❖ IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	- 52 -
❖ V – RECOMENDAÇÕES/ PROPOSTAS .....	- 54 -
❖ VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	- 55 -
❖ VII – ANEXOS .....	- 61 -



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Fig 1:</b> Imagem do Aparelho Urinário.....	13
<b>Fig 2:</b> Anatomia Renal (corte longitudinal do rim) .....	13
<b>Fig 3:</b> Disfunção e Ultrafiltração.....	23
<b>Fig 4:</b> Imagem da Dialise Peritoneal.....	25

## **ÍNDICE DE TABELAS**

<b>TAB 1:</b> Doentes submetidos à hemodiálise na ilha de São Vicente .....	4
<b>TAB 2:</b> Número de Profissionais na Unidade de Hemodiálise.....	33
<b>TAB 3:</b> Profissionais participantes do estudo .....	34

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo I:</b> Guião de entrevistas aos profissionais de saúde.....	62
<b>Anexo II:</b> Guião de entrevista ao doente.....	64
<b>Anexo III:</b> Consentimento Informado.....	67
<b>Anexo IV:</b> Pedido de autorização para recolha de informações.....	68

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**DE** – Diagnóstico de Enfermagem

**DCNT** – Doenças Crônicas não Transmissíveis

**DRCT** - Doença renal crónica terminal

**DP** – Dialise Peritoneal

**DPA** – Dialise Peritoneal Automatizada

**DPCA** – Dialise Peritoneal Continua Ambulatória

**FIG** – Figura

**HBS** – Hospital Baptista de Sousa

**HD** – Hemodiálise

**IR**- Insuficiência Renal

**IRA** – Insuficiência renal aguda

**IRC** – Insuficiência Renal Crónica

**MSB** – Ministério da saúde do Brasil

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PNDS** – Programa Nacional do Desenvolvimento Sanitário

**PE** – Processo de Enfermagem

**TR** – Transplante renal

**TAB** – Tabelas

**UCE** – Unidade de Cuidados Espaciais

**WHOQOL** – World Health Organization Quality of Life

## ❖ INTRODUÇÃO

No âmbito da conclusão do curso de licenciatura em enfermagem na Universidade do Mindelo, surge a proposta da realização da Monografia, de modo a obter grau de Licenciatura em Enfermagem.

Toda a formação académica tem vindo a traduzir no desenvolvimento de uma prática profissional, cada vez mais exigente, complexa, e diferenciada. Esta formação não seria possível sem uma construção sólida de saberes, cuja existência só é complementada através da investigação.

Este trabalho tem como tema, “perceção dos Profissionais de saúde da Hemodiálise do Hospital Baptista de Sousa sobre as implicações da Hemodiálise na vida dos doentes”. Com ele pretendemos analisar as implicações que a HD acarreta aos doentes com insuficiência renal crónica, bem como alguns conceitos relacionados com o tema, buscando alternativas para a sua melhoria, tendo em conta as influências a mesma trás na vida desses doentes.

Ao verificar o grande número de doentes portadores de insuficiência renal crónica, as causas e consequências que esta provoca, surgiu o interesse e motivação em estudar este tema.

A natureza do trabalho requer do profissional, não apenas, aperfeiçoamento técnico/científico, mas uma grande participação emocional, envolvendo também questões pessoais, com uma relação de amizade, medos, impotências, religiosidade, sofrimento, vida e morte.

Como objetivos académicos desta monografia, pretendemos proporcionar um aumento de conhecimentos relacionados com a área da investigação e servir de instrumento de avaliação.

O presente trabalho direciona para um estudo qualitativo, de carácter descritivo e exploratório, onde foram recolhidos informações e dados, através de entrevistas, artigos, revistas científicas publicadas na internet, bem como livros, e teses de Mestrados.

Para além da parte introdutória, o trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma:

**Capítulo I** que corresponde ao enquadramento teórico, onde apresentamos alguns conceitos relacionados com o tema em destaque, tais como a anatomia e fisiologia renal, insuficiência renal aguda (IRA), IRC, bem como suas causas, sintomatologias e tratamento,

em que destacamos a HD, a diálise peritoneal (DP), o transplante renal (TR), e por último a relação entre a enfermagem e a Hemodiálise.

**Capítulo II**, a fase metodológica onde está descrito a metodologia que serviu de base para a elaboração da parte empírica da pesquisa, o tipo de estudo, o instrumento de recolha das informações, a caracterização dos participantes no estudo, e finalmente as considerações éticas.

**Capítulo III**, corresponde a fase empírica, composto pela apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos, as considerações finais, recomendações e propostas, finalizando com as referências bibliográficas.

O trabalho foi redigido e formatado de acordo com as normas de formatação de trabalho científico proposta pela Universidade do Mindelo.

## **Justificativa e Problemática**

A preocupação em estudar este tema surgiu em muitas instâncias durante a nossa vida profissional, dada as influências que a hemodiálise reflete na vida dos doentes.

Esses motivos contribuíram para a escolha do tema, sendo o principal o conhecimento da insuficiência renal, e o surgimento do tratamento hemodialítico em Cabo verde, bem como as implicações que de forma direta ou indireta acabam por influenciar na vida quotidiana dos doentes e familiares.

Acreditamos que é necessário refletir sobre este aspeto por forma a ajudar os doentes a enfrentar essa problemática.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002) estas doenças são responsáveis por 60% de todas as disfunções e 47% da carga de morbilidade mundial, estimando-se para 2020 uma prevalência mundial de 57%, o que tornará tal adoecimento responsável por  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do total de mortes no mundo.

Se no século XX as doenças mais prevalentes foram as infectocontagiosas, atualmente a incidência das doenças crónicas, como a insuficiência renal crónica ocorre em populações cada vez mais jovens, como refere a literatura consultada.

[...] Em Cabo Verde, não são ainda conhecidas as taxas da sua frequência. Entretanto, um levantamento realizado no Hospital Agostinho Neto em 2004/ 2005, revelou cerca de 40 casos registados em 18 meses. Desde então, tem-se verificado uma incidência de 20 a 30 casos por ano, que são apresentados à Junta de Saúde para evacuação (PNDS, 2012, p. 49).

Nesse mesmo contexto citando Matos e Lopes (2009, p.570) as doenças crónicas e degenerativas tem constituído maior atenção dos profissionais de saúde nas últimas décadas de entre elas destaca-se a insuficiência renal crónica, que é considerada um grave problema de saúde pública. Esta doença não contempla uma expectativa de cura, mas sim a manutenção do estado de cronicidade submetendo o paciente a modalidades terapêuticas de substituição renal.

A insuficiência renal crónica (IRC), devido aos aspetos fisiopatológicos, psicológicos e socioeconómicos, representa um problema de saúde pública” (Rodrigues & Botti, 2009, p. 529).

Complementando Madeiro et al (2010, p. 547) “a insuficiência renal crónica (IRC) emerge como um sério problema de saúde pública em todo o mundo, sendo considerada uma epidemia de crescimento alarmante”.

Nota-se uma maior incidência nas classes mais desfavorecidas destacando a ilha de S. Antão, sendo que, a maioria desses doentes apresentam dificuldades em aceitar a sua doença devida as restrições físicas, sociais e económicas.

[...] Em 2010 foram evacuados para o exterior 26 paciente de foro nefrológico, maioritariamente por IRC que constituiu a quinta causa de evacuação médica nesse ano, encontrando-se atualmente em Portugal 110 pacientes em tratamento de hemodiálise. Deve assinalar-se que, neste caso, a evacuação traduz-se numa mudança definitiva de residência do doente, que se vê afastado da família, do trabalho e do seu meio social e cultural (PNDS, 2012-2016, p. 49).

Ainda segundo este documento em Fevereiro de 2010 foi instalada uma unidade de hemodialise, nos dois Hospitais Centrais, para o tratamento de pacientes com IRA e para a estabilização dos pacientes com IRC, aguardando evacuação para o exterior.

**TAB 1- Doentes submetidos á hemodiálise na ilha de São Vicente**

ANOS	IRA				IRC				TOTAL Admit
	Admit idos	Evacua dos	Óbitos	Recupe rados	Admit idos	Evacua dos	Óbitos	Recupe rados	
2010	2	0	1	1	8	5	3	0	9
2011	1	0	0	1	9	8	1	0	10
2012	7	3	3	1	6	6	0	0	13
2013	4	1	2	1	9	7	2	0	13
2014	0	0	0	0	7	6	0	0	7
2015	2	0	0	2	10	8	2	0	12
2016	2	0	0	0	19	16	5	0	21
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>68</b>	<b>56</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>86</b>

**Fonte: Elaboração própria a partir da Estatística do HBS**



Neste quadro acima, representa o número de doentes com IRA e IRC, dialisados na unidade de hemodiálise de 2010 até 2016.

Constatamos que ao longo desses seis anos, houve um total de oitenta e seis (86) doentes dialisados, dezoito (18) com diagnósticos de IRA e sessenta e oito (68) com IRC.

2016 foi o ano em que registou-se um maior número de doentes dialisados até então, sendo dois (2) de IRA e dezanove (19) de IRC, fazendo um total de vinte e um doentes.

Quanto aos doentes evacuados contamos ao longo desses anos com quatro (4) doentes com diagnóstico de IRA tendo outras patologias de base e cinquenta e seis (56) com IRC completando um total de sessenta (60) doentes.

Tendo em conta que a incidência de doentes com IRC é cada vez mais frequente no nosso meio, torna-se importante destacar o papel da enfermagem, por ser uma profissão comprometida com a saúde, prestando uma melhor assistência e acolhendo o doente no momento de constatação da doença.

De acordo com Madeiro et al (2010, p. 547) “os cuidados de enfermagem aos clientes em hemodiálise requer muita sensibilidade e empatia dos profissionais para reconhecerem os principais problemas enfrentados pelos clientes para sua adesão ao tratamento”.

É neste sentido, que nasce a motivação para desenvolver esse trabalho, com o objetivo de analisar a perceção dos profissionais de saúde, conhecer e perceber melhor as implicações da hemodialise, bem como apresentar as principais estratégias para melhorar a vida dos doentes com IRC.

Devido ao aumento significativo do número de doentes com IRC em Cabo Verde e em particular na ilha de São Vicente, tem-se notado uma certa preocupação por parte dos profissionais de saúde e do governo em relação aos inconvenientes do tratamento na vida desses doentes.

De acordo com o PNDS, (2012-2016, p. 49) a IRC é uma doença cuja prevalência tem aumentado progressivamente, segundos dados de países desenvolvidos, e cujo controlo acarreta custos elevados. As causas da doença são variadas, estando a hipertensão arterial, a diabetes mellitus e as glomerulonefrites

entre as principais, podendo-se ainda citar entre as remotas, as infeções correntes da infância.

O mesmo documento cita alguns pontos fracos para a sustentabilidade como:

- Dificuldades financeiras para criação de serviços especializados da IRC;
- Recursos humanos insuficientes;
- Ausência de instrumentos de notificação específica;
- Deficiências no funcionamento do mecanismo de referência e contra referência.

**Em relação aos Condicionantes ambientais o PNDS apresenta como pontos fracos:**

- ☐ Dificuldades económicas do país;
- ☐ Problemática da água e da energia elétrica em Cabo Verde.

Portanto, uma das etapas essenciais em cada trabalho é a delimitação do problema, a fim de definir e identificar o que realmente se pretende estudar.

O diagnóstico da patologia crónica exerce um impacto no quotidiano desses indivíduos, pela mudança e acréscimo de muitas tarefas, como as transformações das relações sociais, o tratamento a ser seguido, as possíveis alterações na aparência pessoais, entre outros aspetos (Takemoto et al, 2011, p.259).

“Além disso, essas pessoas estão limitadas por uma doença incurável, passíveis de muitas complicações e em constante exposição de situações estressoras com a sobrevivência dependente de uma máquina de hemodiálise, a frequente permanência no ambiente hospitalar e mudanças na dieta alimentar” (Takemoto et al, 2011, p.259).

A educação para saúde continua sendo uma das estratégias bastante positiva, visto que, é essencial que os doentes renais a serem submetidos a hemodiálise tenham conhecimento suficiente da sua patologia para que possam cuidar de si próprio e com mais segurança.

É essencial lembrar que o ensino e a aprendizagem deve ser feita de forma simples e divertida; os profissionais de saúde devem estar disponíveis, ter um discurso coerente de uma forma compreensível para todos os doentes. Em última análise, promover a autonomia do doente em termos de prestação do auto cuidado.

Segundo Rodrigues e Botti (2009, p.529) “a IRC, devido aos aspetos fisiopatológicos, psicológicos e socioeconómicos, representa um problema de saúde pública”.

Caracteriza-se pela perda de função renal irreversível exigindo tratamento substituível como condição única para manutenção da vida (Rodrigues & Botti, p.529).

Isso acarreta grandes volumes financeiros, tendo em conta que a hemodiálise é um tratamento crónico, técnico e essencial a sobrevivência desses doentes.

A equipe de enfermagem possui um papel relevante neste processo, em particular a hemodiálise requer cuidados de enfermagem especializados que não se reduz somente aos cuidados técnicos. Deste modo fica evidente a necessidade dos profissionais de enfermagem estarem capacitados e cientes da sua importância para a manutenção da qualidade de vida (QV) desses doentes.

A educação e o apoio permanente são cruciais para assegurar o sucesso do tratamento. O apoio educacional permanente permitirá prevenir problemas que essa patologia acarreta nomeadamente a sobrecarga hídrica.

A medida que ganham experiência com a terapia, podem surgir novas questões que não lhes tinham ocorrido anteriormente, por isso é importante criar um tempo de disponibilidade para esclarecimentos, de possíveis dúvidas ou tabus.

Assim sendo, Nascimento e Marques (2005, p.719) defendem que [...] A ideia do cuidar com relação a terapêutica significa atender às necessidades com sensibilidade e presteza mediante ações que promovam o bem-estar, neste sentido o cuidado conjuga integridade física e emocional. Para tal a equipa de enfermagem deve desenvolver habilidade de observação e diálogo, a fim de situar os problemas vivenciados pelo cliente dentro do seu contexto cultural e social

Neste sentido o problema concentra-se no facto de perceber até que ponto a hemodiálise interfere na vida, dos portadores de insuficiência renal crónica.

Rodrigues e Botti (2009, p.529) referem que “clientes submetidos à diálise renal, em geral, desenvolvem depressão, comportamento não cooperativo, disfunção sexual, dificuldades relacionadas à ocupação e reabilitação”.

Podemos considerar que a doença interfere e compromete o bem estar físico e social dos doentes, consciente desta problemática e da sua importância atribuída, considere-se pertinente elaborar a seguinte pergunta de partida: ***Que implicações o tratamento da hemodiálise pode trazer para os portadores de insuficiência renal crónica na perspectiva dos profissionais de saúde que trabalham no serviço de hemodialise do HBS?***

Para melhor guiar essa pesquisa, elaboramos os seguintes objetivos:

### **Objetivo Geral**

- Analisar a perspectiva dos profissionais de saúde que trabalham na unidade de hemodiálise do HBS sobre as implicações que a hemodiálise traz aos doentes com Insuficiência renal crónica

### **Objetivos Específicos**

- Evidenciar as principais implicações da HD na vida quotidiana dos doentes na perspectiva dos profissionais de saúde que trabalham na unidade de hemodialise do HBS;
- Descrever as complicações mais frequentes relacionadas à HD evidenciadas pelos profissionais de saúde que trabalham na unidade de hemodialise do HBS;
- Analisar o papel da enfermagem quanto a assistência prestada aos doentes com IRC na perspectiva dos profissionais de saúde que trabalham na unidade de hemodialise do HBS;
- Salientar as principais estratégias para melhoria de vida dos pacientes com IRC utilizadas pelos profissionais de saúde que trabalham no serviço de hemodialise do HBS;

## **CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

*Uma vida sem desafios não vale a pena ser vivida.  
O verdadeiro conhecimento vem de dentro  
Sócrates*

## ❖ ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo iremos proceder a uma análise do estado da arte no que concerne às áreas estruturantes da problemática em estudo.

Assim, debruçaremos sobre os conceitos, as sintomatologias, os fatores de riscos, os tratamentos e os cuidados de enfermagem de uma forma global. Posteriormente abordar as influências que a hemodiálise trás para o doente portador de IRC, com intuito de compreender as causas de determinadas respostas humanas à adesão do regime terapêutico.

### 1.1 - Doença Crónica

As doenças crónicas não transmissíveis representam atualmente a principal causa de mortalidade e incapacidade a nível mundial, estando relacionadas as mudanças comportamentais ocorridas no estilo de vida das populações.

De acordo com Setz, Pereira e Naganuma (2005, p. 295) a doença crónica como todos os obstáculos ou desvios do normal, os quais têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alterações patológicas irreversíveis e requerem treinamento especial do paciente para sua reabilitação, necessitando de longo período de supervisão e cuidado.

O perfil epidemiológico global sofreu importantes transformações a partir da segunda metade do século XX, período no qual se assistiu a um predomínio na ocorrência de doenças crónicas não transmissíveis em detrimento de reduções nas taxas de morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, estando as bases para esta transição no movimento sanitário, que motivou adequações no abastecimento de água e na rede de saneamento básico, com melhoria nas condições de vida das populações (Lessa, 2004, p.933).

As doenças crónicas não transmissíveis acometem cerca de 75% da população adulta, sendo que os casos ocorrem já desde a adolescência, na medida em que o risco de adoecer e de morrer por doenças infecciosas e parasitárias diminuiu consideravelmente (Moura et al, 2005, p.1662).

Ainda Moura et al (2005, p.1662) realça que nas próximas décadas, os chamados países emergentes despreparados para esta demanda social, juntamente com os países industrializados, concentrarão um número ainda maior de mortes por

doença crónica não transmissível (DCNT) e em torno de 2050 é estimado que os países emergentes terão a maior prevalência mundial por este grupo de doenças.

As doenças crónicas não transmissíveis compõem um grupo de entidades que se caracterizam por apresentar, de uma forma geral, etiologia incerta, contudo sem origem infecciosa, complexa multiplicidade de fatores de risco, história natural prolongada, longo curso de latência assintomática, manifestações clínicas remissivas e complicações que acarretam graus variáveis de deficiências e incapacidades funcionais ou até mesmo o óbito” (Ministério de Saúde do Brasil, 2005, MSB).

A doença crónica normalmente exige um tratamento permanente, por isso é necessário que o indivíduo cultive hábitos e atitudes que promovam a consciência para o autocuidado (Maldaner et al; 2008, p. 648).

Complementando Patat, et al (2012, p. 66) as doenças crónicas exigem dos profissionais de saúde constante aperfeiçoamento e, nesse contexto, pesquisas são realizadas com o intuito de analisar as mudanças na qualidade de vida dos indivíduos acometidos por elas. Assim, modificações na qualidade de vida integram a própria avaliação do tratamento ministrado.

Citando Bolander (1998, p. 1712) “as condições crónicas são problemas de saúde a longo prazo devido a um distúrbio irreversível, um acúmulo de distúrbios ou estado patológico latente. Algumas condições crónicas causam alteração irreversível da estrutura ou função de um ou mais sistemas orgânicos”.

Ainda o mesmo autor defende que o aumento da prevalência de condições crónicas na sociedade é devido a vários fatores são eles: fisiológicos, psicológicos, sociológicos, tecnológicos e temporais. Ao longo dos anos foram obtidos avanços nas técnicas e equipamentos para avaliação e diagnóstico de alteração da função física, suporte e manutenção da vida, combate de infeções, aumento e restabelecimento da função física, reparo e substituição da função física perdida (Bolander, 1998, p.1712).

## **1.2- Anatomia e Fisiologia renal**

Os rins são órgãos que tem a função de filtrar o sangue, remover líquidos electrolitos e produtos resultantes do metabolismo orgânico e produzir hormónios, portanto, essencial para homeostasia interna das funções endócrinas e metabólicas e o equilíbrio hidroelectrolíticos e acido básico (Riella, Moura e Riella, 2003, p.14).

Em geral, a maior parte das pessoas nasce com dois rins, estes ficam situados na região lombar e cada um mede 10-12cm de comprimento e pesa cerca de 160 gramas.

Para Dias (2005, p. 15) “os rins são órgãos pares, situados em posição retroperitoneal, um de cada lado do segmento dorso-lombar da coluna vertebral.

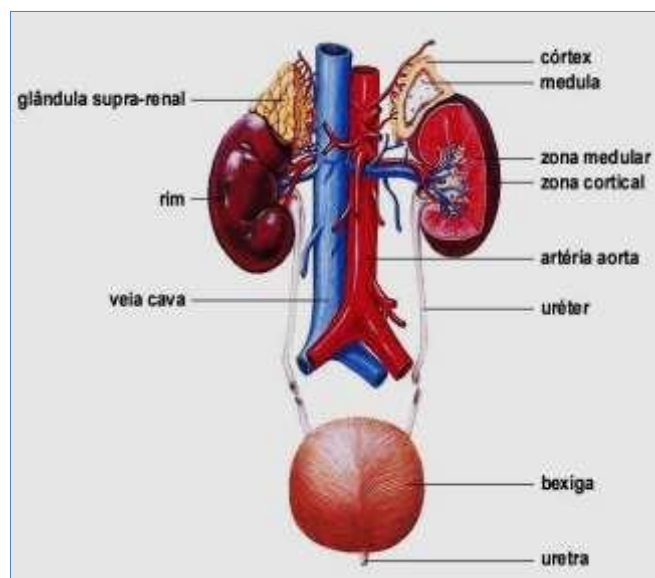
Cada rim está envolvido por uma cápsula fibrosa, localizada dentro do tecido adiposo peri-renal e rodeada pela fáscia peri-renal. Está delimitada, assim um espaço anatómico próprio – a loca renal” (Dias, 2005, p.15).

No adulto pesam, em média, 125 a 170 gramas, medindo cerca de 11 a 13 cm de comprimento, 5 a 7,5 cm de largura e 2,5 a 3 cm de espessura. Têm a forma de um feijão, com duas faces, uma anterior e uma posterior, dois bordos, um externo, convexo e outro, côncavo, e dois polos, um superior e outro inferior (Riella, Moura & Riella, 2003, p. 14).

Os rins possuem um sistema vascular muito complexo. A artéria renal bifurcar-se em artérias sucessivamente mais pequenas. As pequenas arteríolas (vasos aferentes) subdividem-se finalmente num entrelaçado de capilares em forma de novelo, o glomérulo (Schaffler & Menche, 2004, p. 265).

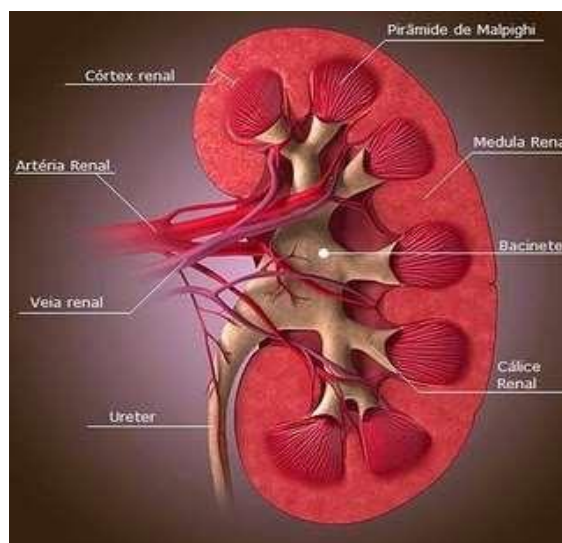


**FIG. 1- Imagem do Aparelho Urinário**



Fonte: Extraída do motor de busca de google imagens em [www.google.com](http://www.google.com)

**FIG.2 - Imagem da anatomia renal, (corte longitudinal do rim)**



Fonte: Disponível no site [www.google.com](http://www.google.com)

### 1.3- Função Dos Rins

Os rins desempenham um papel importante na nossa saúde, e o mau funcionamento do mesmo pode levar a morte devido a acumulação de água e substâncias tóxicas prejudiciais ao organismo.

A urina primária (filtrado glomerular) é extraída do sangue por filtração, ao nível do glomérulo. De seguida, o sangue é conduzido pelos vasos eferentes (...), entra no sistema tubular, através da cápsula de Bowman, (...), por um mecanismo de difusão, é concentrada e “enriquecida” com produtos de degradação do metabolismo. Forma-se assim a urina secundária, que é conduzida pelos túbulos coletores até ao bacinete. As vias urinárias são compostas pelo bacinete, os dois uréteres, a bexiga e a uretra (Schaffler & Menche, 2004, p. 265).

Conforme Dias apud Pataca (2005, p. 18) as funções do rim derivam em grande parte da sua arquitetura. No seu conjunto executam três tipos de funções:

1- **A função homeostática** que resulta na manutenção de um volume e composição constante do líquido extra celular.

2- **A função excretora** resulta na eliminação dos produtos finais não voláteis do metabolismo e outros produtos tóxicos.

3- **A função endócrina** que resulta na secreção e modulação metabólica de algumas hormonas.

Assim o rim é capaz de, simultaneamente:

- ☐ Modular a excreção da água, sódio, potássio, cálcio, magnésio, cloro, fosfato, hidrogénio e bicarbonato.
- ☐ Excretar produtos do metabolismo azotado, como a ureia, a creatinina e o ácido úrico.
- ☐ Secretar a Eritropoetina a renina e outros fatores como prostaglandinas e as quininas;
- ☐ Ativar a vitamina D, degradar a insulina e outras hormonas.

Segundo Castro (2006, p. 4) são cinco as principais funções dos rins:

- ☐ Eliminar as impurezas do sangue
- ☐ Regular a pressão arterial
- ☐ Produzir hormónios
- ☐ Participar na formação e na manutenção dos ossos.
- ☐ Estimular a produção de glóbulos vermelhos.

Podemos dizer que a função dos rins é manter o organismo limpo através da filtração do sangue, filtrando os produtos tóxicos e líquidos que ingerimos, fazendo um percurso de entrada pela artéria renal e saindo pela veia renal. As substâncias filtradas juntamente com a água são recolhidas nos uréteres e transportados pela bexiga sob forma de urina que é eliminada através da uretra. A todo esse sistema (rins, uréteres, bexiga e uretra) dá-se o nome de aparelho urinário.

#### **1.4- Insuficiência Renal (IR)**

Segundo Cordeiro (2006, p.20) “a IR, ou doença renal é caracterizada como uma patologia de instalação gradual, capaz de deteriorar, em graus variáveis, a capacidade da função renal”.

Esta função é avaliada por meio de testes laboratoriais, como a dosagem de ureia e creatinina, taxa de filtração glomerular, testes de urina, ultra-som e biopsia.

Para, Mendonça (2008, p. 208) a IR é quando os rins não são capazes de remover os produtos de degradação metabólica do corpo ou de realizar as funções reguladoras em que as substâncias normalmente eliminadas na urina acumulam-se nos líquidos corporais em consequência da excreção renal comprometida, e levam a uma rutura nas funções endócrinas e metabólicas, bem como a distúrbios hidroeletrolíticos e acidobásicos.

Assim Patat et al, (2012, p. 66) a IR ocorre quando os rins, considerados órgãos reguladores e responsáveis pela remoção de resíduos metabólicos, não conseguem desempenhar suas funções, consequentemente, geram desequilíbrios metabólicos, endócrinos, eletrolíticos, hídricos e acidobásicos.

Para Cherchiglia et al (2010, p. 640) as doenças do rim e trato urinário contribuem com aproximadamente 850 mil mortes a cada ano e 15 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade, constituindo-se na 12ª causa de morte e na 17ª causa de incapacidade”. Existem, essencialmente, dois tipos de insuficiência renal: aguda, quando de repente os rins deixam de funcionar, e crónica, quando a doença é lenta e gradual.

Igualmente, Patat, et al, (2012, p. 67) classificam a insuficiência renal em aguda e crónica:

- ☐ A Insuficiência Renal Aguda (IRA) se manifesta de forma súbita e normalmente é reversível;

☐ Insuficiência renal crónica (IRC), também nominada de Doença Renal crónica Terminal (DRCT), ocorre lentamente e é irreversível, ou seja, leva a perda total da função renal.

#### **1.4.1 – Insuficiência Renal Aguda (IRA)**

Para Riella, Pachaly e Zunino (2003, p. 290) “costumamos suspeitar da IRA, quando existe redução abrupto da função renal, caracterizada por anúria ou oligúria”.

Ainda os mesmos defendem que os elementos diagnósticos da IRA podem ser assim resumidos: redução abrupta do volume urinário, retenção da ureia e creatinina, tendência a hipercalémia e acidose metabólica, expansão do volume extracelular e consequente tendência a hipertensão arterial e sobrecarga cardíaca (Riella, Pachaly & Zunino, 2003, p. 290)

Schor, Santos e Boim (2000, p. 65) afirmam que, “apesar do substancial avanço no entendimento dos mecanismos fisiopatológicos da IRA, bem como no tratamento desta patologia, os índices de mortalidade ainda continuam excessivamente elevados (...)”.

#### **1.4.2 – Insuficiência Renal Crónica (IRC)**

A insuficiência renal crónica é uma doença definida como a perda definitiva das funções renais, devendo o paciente seguir rigoroso tratamento constituído por dietas específicas, constante controlo médico e, em geral, tratamento dialítico” (Bechert, Silva & Ribeiro, 2011, p.14).

De acordo com Pena et al (2012, p. 3135) a IRC apresenta-se como um problema de saúde pública crescente em todo o mundo, com uma prevalência de 11% na população adulta norte americana, associado a altas taxas de morbilidade e mortalidade, perda da qualidade de vida (...).

O conjunto de serviços de saúde deve estar adequado para cuidar desse problema e controlá-lo (Pena et al, 2012, p. 3135).

A IRC tem sido reconhecida, nos últimos anos, como de alta prevalência em todo o mundo, variando de 10 a 13% na comunidade adulta. A prevalência de pacientes em HD é muito superior à diálise peritoneal, tanto no Brasil quanto em diversos países (Pereira et al 2015, p. 216)

A expressão IRC refere-se a um diagnóstico síndrome de perda progressiva e geralmente irreversível da função renal de depuração, ou seja, da filtração glomerular. É uma síndrome clínica causada pela perda progressiva e irreversível das funções renais. Caracteriza-se pela deterioração das funções bioquímicas e fisiológicas de todos os sistemas do organismo, secundária ao acúmulo de catabólitos (toxinas urêmicas), alterações do equilíbrio hidroeletrólítico e acidobásico acidose metabólica, hipovolémia, hipercalemia, hiperfosfatemia, anemia e distúrbio hormonal, hiperparatiroidismo, infertilidade, retardo no crescimento, entre outros (Mendonça 2008, p. 208).

A Insuficiência renal crônica (IRC) é caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função renal, tendo como causas principais a diabetes mellitus e a hipertensão arterial (Poveda et al, 2014, p. 71).

A mesma é evidenciada pelo aumento dos níveis séricos de ureia e creatinina no sangue e tem como principais causas a hipertensão arterial, diabetes mellitus e glomerulonefrite (Patat et al, 2012, p.67).

Para Setz, Pereira e Naganuma (2005, p. 295) “a IRC, uma vez instalada, tende a progredir para a insuficiência renal (IR) terminal. Até o momento, os esforços para evitar ou atenuar o processo de perda da função renal têm sido infrutíferos”.

Para Nicola e Thomas (2002, p. 92) a IRC interfere com o desejo sexual, assim como com a própria capacidade de praticar o ato sexual. O principal fator, que interfere com a autoimagem das mulheres, é a perda da fertilidade (menstruação e ovulação irregulares ou ausentes, e a noção de que, enquanto estiver em diálise, a concepção e uma gravidez bem sucedida é improvável).

Quando diagnosticada a IRC, deve ser instituído um tratamento conservador ou dialítico o mais precoce possível, caso contrário, a ocorrência de complicações pode levar à morte. Dentre esses tratamentos, o mais utilizado é a hemodiálise (89,4%), que deve ser realizada pelos clientes portadores de IRC por toda a vida ou até se submeterem a um transplante renal bem-sucedido. Portanto, a IRC requer adaptação ou, pelo menos, adesão do cliente ao tratamento dialítico, visto que muitas pessoas não conseguem adaptar-se ao novo estilo de vida, apenas aderem por ser essencial para a manutenção da vida (Lima, 2010, p. 547).

Ainda para Riella, Pachaly e Zunino (2003, p. 291) “ao contrário da IRA, na IRC a redução na função renal é um processo lento, permitindo ao organismo lançar mão a mecanismos de adaptação. Isto explica o facto de que é possível encontrar pacientes com IRC avançada completamente assintomática, sendo o diagnóstico realizado devido a uma intercorrência como infecção ou trauma”.

Concluindo Maldaner et al (2008, p. 648) “a IRC é uma doença que não apresenta perspectiva de melhora, com uma evolução progressiva, determinando em relevantes problemas de saúde pública devido a alta taxa de morbidade e mortalidade”.

## **1.5 – Causas da IRC**

A insuficiência renal crónica ocorre quando uma doença ou outra condição de saúde prejudica a função renal, causando danos aos rins, e tende a agravar-se ao longo de vários meses e até mesmo anos. Diversas doenças podem atacar os rins e levar a perda permanente da sua função.

A diabetes e a hipertensão arterial são identificadas como principais causas de insuficiência renal crónica, cerca de 31% e 17% dos casos, respetivamente” (Nolasco, 2009, p.1).

Ainda Schaffler e Menche (2004, p.294), “no que toca à insuficiência renal crónica “as causas principais são: glomerulonefrites; nefropatia diabética, como complicação a longo prazo da diabetes mellitus (...). Outras causas são pielonefrites crónicas e lesões renais provocadas por medicamentos (nefropatia dos analgésicos) ”.

As causas ou etiologias da IRC podem ser divididas em três grupos:

- 1) doenças primárias dos rins;
- 2) doenças sistémicas que também acometem os rins;
- 3) doenças do trato urinário ou urológico.

Na opinião de Marques, Pereira e Ribeiro (2005, p.68) “a frequência das etiologias varia de acordo com a faixa etária e com a população de insuficiência renal crónica estudada” (em diálise ou não).

## **1.6- Sintomatologia da IRC**

A insuficiência renal crónica é uma doença com vários efeitos e de difícil tratamento, com algumas implicações tanto físicas, psicológicas e socioeconômicas não apenas para o doente, mas também para a família e a comunidade.

“O quadro clínico da DRCT varia de acordo com o grau de comprometimento renal. Inicialmente é assintomática, evolui para moderada elevação da ureia plasmática (azotemia), azotemia severa e na fase terminal predomina a síndrome urémica” (Patat et al, 2012, p.67).

No parecer de Marques, Pereira e Ribeiro (2005, p.68) os resultados finais da doença são sinais e sintomas tais como: cefaleia, fraqueza, anorexia, náuseas, vômitos, câibras, diarreia, oligúria, edema, confusão mental, sede, impotência, perda do olfato e paladar, sonolência, hipertensão arterial e tendência à hemorragia decorrentes da incapacidade renal, além de adinamia, palidez cutânea, xerose, miopatia proximal, dismenorreia, amenorreia, atrofia testicular, impotência, déficit de atenção, asterixe, obinubilação e coma.

A história natural da doença de Bright, nome pelo qual a IRC foi designada durante mais de um século, era a de um processo extremamente insidioso, que podia evoluir sem grandes sintomas durante muitos anos, até que atingisse suas fases finais” (Zats, 2003, p.649).

Ainda o mesmo autor refere que, os pacientes apresentavam edema e a autópsia indicava a presença de vários achados que, sabemos hoje, representavam na verdade complicações da hipertensão arterial, tais como hipertrofia ventricular esquerda e hemorragias cerebrais. Além disso, seus rins tinham frequentemente um aspecto “contraído e granular”, que hoje identificamos como o estágio terminal da IRC (Zats, 2003, p.649).

## **1.7 – Tratamento da IRC**

Não há cura para a insuficiência renal crónica, pois ela é um reflexo de uma lesão irreversível dos rins. O tratamento pode ser realizado em diferentes modalidades, dependendo da indicação médica para cada tipo de doente.

“As modalidades de tratamento aos pacientes com DRCT compreendem: hemodiálise, diálise peritoneal ambulatorial contínua, diálise peritoneal intermitente, diálise peritoneal

automatizada e o transplante renal. Destas, a hemodiálise é a mais usada, atualmente” (Patat, et al, 2012, p.68).

O tratamento impõe aos pacientes intensas restrições, evidenciando, em consequência, várias manifestações psíquicas e comportamentais, a maioria de carácter negativo, vinculadas à máquina de hemodiálise, que de forma ambígua aponta a possibilidade de manutenção da vida associada à restrições, dependência, frustrações e temores difusos, incluindo o temor da morte, gerando estados estressantes tanto à nível físico como psíquico (Bechert, Silva & Ribeiro, 2011, p. 14).

Os utentes idosos habitualmente adaptam-se mais facilmente. No caso de doentes mais novos os efeitos podem ser particularmente profundos e devastadores, envolvendo todos os projetos de vida, incluindo perspectivas de carreira profissional, casamento e filhos (Thomas & Jeffrey, 2005, p. 81).

Assim, Patat, et al (2012, p.68) o tratamento hemodialítico representa para a maioria das pessoas a continuidade da vida, porém com impacto significativo na qualidade da mesma. A maneira com que elas lidam com as situações são subjetivas e individuais, não existe um padrão de qualidade de vida, mas formas diferentes de enfrentar a terapêutica.

A insuficiência renal crónica e o tratamento hemodialítico provocam uma sucessão de situações para o paciente renal crónico que compromete não só o aspeto físico, como também o psicológico, com repercussões pessoais, familiares e sociais (Sancho, Tavares e Lago, 2013, p.171).

## **1.8 – Diálise / Hemodiálise (HD)**

A diálise é um processo físico pelo qual a composição de um soluto A é alterada pela sua exposição a um soluto B, estando as soluções separadas por uma membrana semipermeável (Dias, 2005, p.53).

A diálise é uma das opções terapêuticas utilizadas nos doentes com Insuficiência renal terminal.

Neste contexto Lima (2010, p.547) afirma que, os estudos evidenciaram que indivíduos submetidos à diálise enfrentam perdas e alterações stressantes da imagem e das funções orgânicas. Como consequência dessas perdas,



muitas pessoas submetidas à diálise tornam-se deprimidas e ansiosas. Não obstante, a maioria consegue adaptar-se à diálise ou, pelo menos, aderir ao tratamento.

Para falar da hemodiálise primeiro é preciso conhecer em que condições, o doente é submetida ao tratamento.

A Hemodiálise é um método de depuração extracorpórea (realizada em geral 3 vezes por semana com duração de 3 a 4 horas cada sessão) pelo qual o sangue obtido por acesso vascular é colocado em contacto com uma solução de diálise em um filtro especial, que usa uma membrana semipermeável artificial, a qual substitui os glomérulos e túbulos renais como um filtro. Por meio dessa membrana ocorrem trocas por difusão, filtração e convecção. O excesso de água é removido do sangue por ultrafiltração. O circuito extracorpóreo tem um equipamento de complexidade variável que prepara, aquece, avalia e fornece a solução de diálise, impulsiona o sangue com uma bomba e monitora uma série de parâmetros do processo. Após purificação do sangue, ele é devolvido ao corpo (Bechert, Silva & Ribeiro, 2011, p.14).

Segundo Poveda et al, (2014, p. 71), “a HD consiste em um processo de filtragem e depuração do sangue de substâncias não suportáveis como a creatinina e a ureia, que precisam ser eliminadas do organismo deficiente na realização dessa função”.

De acordo com Sancho, Tavares e Lago (2013, p.171) “a hemodiálise, na maioria das vezes, representa uma esperança de vida, já que a doença é um processo irreversível. Contudo, observa-se que geralmente as dificuldades de adesão ao tratamento estão relacionadas à não aceitação da doença, à percepção de si próprio e ao relacionamento interpessoal com familiares e ao convívio social”.

A HD é uma técnica terapêutica que emprega um processo de difusão através de uma membrana semipermeável através da qual são retirados substâncias metabolitos tóxicos acumulados no sangue (ureia, creatinina, ácido úrico, entre outros) e outras substâncias em excesso no organismo (água, potássio, sódio, fósforo). Além desta remoção podem ser também repostas as substâncias em carência. (Vieira, 2009, p.6) apud (Carpenter & Lazarus, 1998).

De acordo com Dias (2005, p.53), “na Hemodiálise clínica as duas soluções são o sangue e a solução dialisante separadas pela membrana semipermeável do dialisador. As trocas dão-se nos dois sentidos: do sangue para o dialisante – o que permite retirar aos doentes as substâncias em excesso – e do dialisante para o sangue – possibilitando a reposição de substâncias em falta”.

### **1.8.1- Complicações da Hemodiálise**

Durante as sessões da hemodiálise, podem ocorrer algumas alterações ou complicações ao doente, que podem ser fatais.

Segundo Poveda (2014, p.79) “o tratamento dos pacientes renais crônicos ainda hoje impõe diversas complicações, tornando desta forma, o estabelecimento dos diagnósticos e intervenções de enfermagem imprescindíveis para a obtenção de melhor qualidade de vida”.

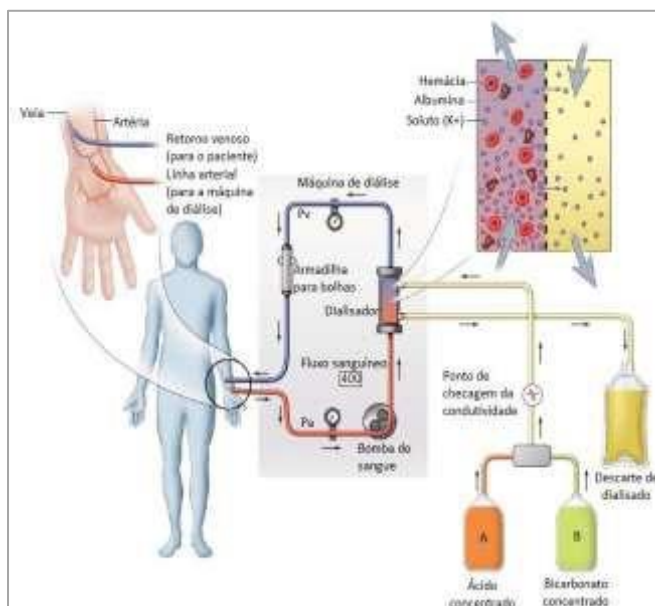
As complicações mais frequentes na sessão hemodialítica são hipotensão e hipertensão arterial, câibras, náuseas, vômitos, cefaléia, arritmias cardíacas, prurido, dores lombares e torácica (Lucena & Dallé, 2012, p.505).

Entretanto Nascimento e Marques (2005, p. 720) complementa que, “as complicações mais comuns durante a HD são: hipotensão (20%-30% das diálises), câimbras (5%- 20%), náuseas e vômitos (5%-15%), cefaleia (5%), dor torácica (2%-5%), dor lombar (2%5%), prurido (5%), febre e calafrios (< 1%). As complicações menos comuns, mais sérias e que podem levar à morte incluem: a síndrome do desequilíbrio, reações de hipersensibilidade, arritmia, hemorragia intracraniana, convulsões, hemólise e embolia gasosa”.

Segundo Sancho, Tavares e Lago (2013, p.171) “atualmente, devido ao grande processo e avanço tecnológico, as máquinas de hemodiálise apresentam maior segurança e eficácia, tornando o tratamento mais seguro. Embora haja alarmes que indiquem qualquer alteração que ocorra no sistema (detetores de bolhas, alteração de temperatura e do fluxo do sangue, entre outros), ainda não se pode garantir que as complicações deixem de ocorrer”.

Essas complicações podem ser casuais e/ou de fácil manejo, o que depende das condições clínicas do paciente. Todavia, elas podem ser até mesmo fatais, o que evidencia a necessidade de uma assistência de enfermagem atenta e precisa aos pacientes durante o processo dialítico (Dallé e Lucena, 2012, p.505).

**FIG. 3 – Difusão e Ultrafiltração**



**Extraído no motor da google imagens no site [www.google.com](http://www.google.com)**

Em ambos os processos os solutos de baixo peso molecular atravessam a membrana semipermeável. Os solutos maiores ficam retidos.

### **1.8.2- Diálise Peritoneal (DP)**

A diálise peritoneal é uma técnica relativamente simples e eficaz, tendo sido desenvolvida com sucesso como a primeira opção na diálise domiciliária (Oliveira, 2012, p.25).

A diálise peritoneal surgiu no final dos anos 70 e é uma técnica de depuração extrarenal que utiliza o peritoneu como membrana dialisante, baseado na infusão e drenagem de uma solução estéril na cavidade peritoneal através de um cateter intra abdominal (Greenberg, 2005, p.477).

A Diálise Peritoneal é uma técnica em que a dialisante é introduzido na membrana peritoneal (membrana que envolve os órgãos abdominais) atuando como filtro do sangue, para remover o excesso de água e toxinas pelo corpo.

No parecer de Bastos (2012, p.23) “esta modalidade tem a vantagem de ser realizada no domicílio o que permite ao utente estar em contato com a família, não tendo necessidade de se deslocar a um centro de hemodiálise, de 4 a 6 horas três

vezes por semana, e permite também manter uma qualidade de vida pessoal e profissional mais estável”.

Contudo o mesmo autor afirma que:

As grandes desvantagens prendem-se com o facto de que é necessário uma grande responsabilidade por parte do utente e família para a realização da técnica no domicílio, aceitação dessa responsabilidade e inúmeros cuidados com o acesso (Bastos, 2012, p.23).

Segundo Nolasco (2011, p.4) “o acesso para DP (cateter intra-abdominal) deve ser realizado, no mínimo, 15 dias antes do início da técnica. Em situações excepcionais, pode o acesso ter uso imediato para indução urgente de diálise peritoneal”.

A experiência inicial no tratamento da uremia pela diálise peritoneal ocorreu em 1923 através de Ganter, ao instilar na cavidade peritoneal 1,5 l de uma solução salina para manejo de um paciente com insuficiência renal aguda. Foi, no entanto, apenas em 1962 que Boen e cols, em Seattle relataram a tentativa de uso da diálise peritoneal no manejo da insuficiência renal crónica (...), após a diálise o cateter era removido e os tubos fechados com uma tampa (Filho- Pecoits, et al, 1998, p. 22).

Há duas variantes da Diálise Peritoneal:

- DPCA - Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória
- DPA - Diálise Peritoneal Automatizada

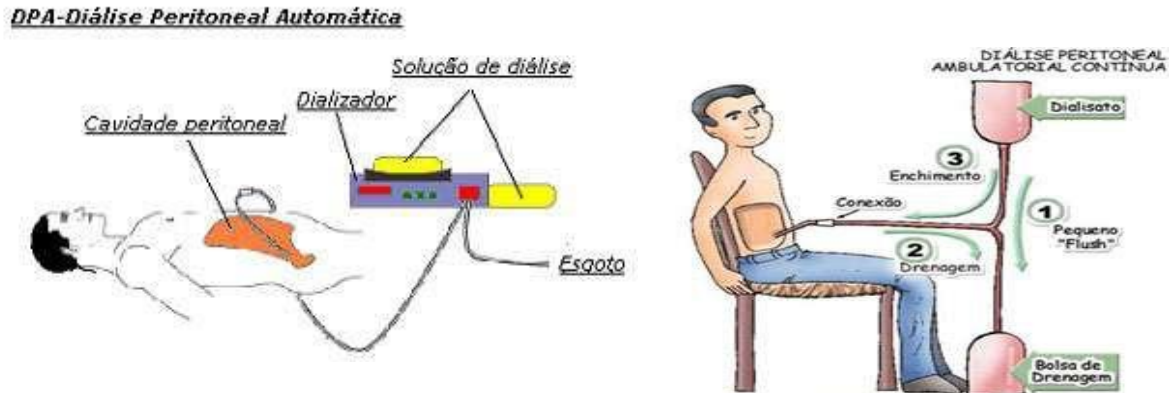
Com isto Arenas et al (2009, p.536) afirma que “a DPA é uma modalidade dialítica mais recente comparada à hemodiálise e à DPAC, mas tem sido considerada como a terapia renal substitutiva que oferece mais benefícios aos pacientes”.

No parecer de D’ávila et al (1999, p.13) “tanto a DPAC quanto a hemodiálise são eficientes métodos substitutivos da função renal amplamente empregados. A escolha entre esses dois métodos, entretanto, não tem caráter imperativo uma vez que, excluindo-se as poucas contraindicações absolutas, qualquer dessas formas de tratamento pode ser utilizada para os pacientes renais crónicos”.

Segundo os mesmos autores, “a sobrevida dos pacientes em diálise depende de vários fatores. Diversos estudos mostram que a sobrevida dos pacientes japoneses e europeus é maior que a de pacientes da América do Norte. É provável que fatores como a maior faixa etária e maior incidência de nefropatia diabética entre os pacientes americanos em diálise justifiquem essa diferença, mas variações

no tempo semanal em diálise, qualidade e superfície dos dialisadores utilizados, também podem ser importantes” (D’ávila et al, 1999, p.13)

**FIG. 4 – Imagem na Dialise Peritoneal**



**Fonte:** Retirado do motor de busca da Google imagens.

### 1.8.3- Transplante Renal (TR)

O TR é, para a maioria dos utentes em diálise, o objetivo de vida a nível da saúde. Quase todos os estudos de QV mostram que um transplante bem sucedido oferece a hipótese de viver uma vida quase normal e está associado a melhor percepção de satisfação com a vida (Bastos, 2012, p.22).

O mesmo autor refere que:

No entanto, estes utentes têm pela frente um longo caminho de adaptação física e psicológica que se torna complicado na maioria das vezes. Para além da toma prolongada de imunossuppressores com todos os efeitos secundários, e da ida regular a consultas, existe a consciência de um órgão estranho no organismo, ao qual têm de se adaptar (Bastos, 2012, p.22).

Existe também a hipótese do enxerto ser rapidamente rejeitado, o que provoca uma decepção. Vários estudos demonstram que o doente cujo enxerto é rapidamente rejeitado, aceita e recupera mais facilmente do que o utente que vive alguns meses ou anos com um novo rim antes de regressar à diálise (Thomas & Jeffrey, 2005, p.105).

De acordo com Pereira et al (2003, p.12) “para a maioria dos pacientes portadores de IRC, o transplante renal é a terapêutica mais eficaz, principalmente pela grande melhoria na qualidade de vida”.

Para Bastos (2012, p. 22) “esta poderá ocorrer de um dador vivo ou colhido de cadáver. Até há pouco tempo a transplantação de dador vivo, em Portugal, só era permitida entre pais e filhos ou irmãos, atualmente a transplantação entre conjugues também é permitida”.

Não existem dúvidas que o transplante renal é o tratamento de 1ª linha para muitos doentes, o que, em geral, permite uma melhor qualidade de vida que a diálise (Thomas & Jeffrey, 2005, p. 23).

Contudo Ravagnani, Domingos e Miyazaki (2007, p. 178) afirmam que, “entretanto, mesmo com um transplante bem sucedido, após a alta e com o enxerto funcionante, o paciente continua a viver com uma doença crônica”.

## **1.9 - A Enfermagem e a Hemodiálise**

Cuidar é uma atitude para além do momento de atenção, com responsabilidade ocupação, preocupação e afeto pelo outro.

Para Roque, Melo e Tonini (2007, p.410) “o cuidado é uma ação incondicional do trabalho de enfermagem que envolve movimentos corporais ricos em impulsos de amor, ódio, alegria, tristeza, esperança, desespero, energia e disponibilidade para agir, tocar e sentir dores. Cuidado é um ato libertador que transcende às práticas e emoções, representando a essência da enfermagem”.

O trabalho da enfermagem tem como atividade central o cuidado ao ser humano e sua família, o que implica um alto nível de exigência e complexidade; por isso, precisa ser constantemente repensado, no sentido de se oferecer oportunidades com vistas a promover o bem-estar e a felicidade desses trabalhadores (Prestes et al, 2010, p.26).

Ressalte-se, nesse caso, a importância da visão holística no cuidado de enfermagem. Esta é fundamental a fim de permear todo o atendimento dos profissionais de saúde, lembrando que o cliente, seja em unidade de internação ou ambulatorial, é uma pessoa. Como tal, não é um ser isolado, não abandona todo o contexto de vida depois de ser acometido pela doença. Portanto, seu cuidado dependerá, entre outros fatores, da percepção que ele e seu grupo familiar têm da

doença e, também, do significado que a experiência tem para eles. (Santos et al, 2010, p.336)

No parecer de Muniz et al (2015, p.34) “é evidente a importância do papel do enfermeiro na busca de soluções para minimizar os problemas provocados pela doença e pelos problemas psicossociais instalados após o início do tratamento”.

Acrescenta ainda que uma boa relação enfermeiro / paciente é imprescindível para que o mesmo aceite melhor o seu novo estilo de vida e as mudanças que poderão ocorrer (Muniz et al, 2015, p.34).

O enfermeiro destaca-se como coordenador da equipe e deve atender às necessidades individuais do paciente, garantindo um trabalho multidisciplinar, e uma melhor adequação ao tratamento de hemodiálise, pois, embora o enfrentamento da doença renal seja solitário, eles desenvolvem ao longo do tratamento uma convivência intensa com a equipe de enfermagem (Poveda, et al, 2014, p. 71).

A enfermagem deve avaliar os pacientes portadores de Insuficiência Renal crônica em tratamento dialítico como um ser biopsicossocial, uma vez que os aspectos emocionais são determinantes para o sucesso do tratamento e para a melhoria da qualidade de vida (Bechert, Silva & Ribeiro, 2011, p.14).

Para Sancho, Tavares e Lago (2013, p.171) “os profissionais de enfermagem devem estar sempre atualizados para promover um tratamento com segurança e qualidade ao paciente renal crônico”.

O objetivo da assistência de enfermagem neste setor é identificar e monitorizar os efeitos adversos da hemodiálise e complicações decorrentes da própria doença, desenvolvendo ações educativas de promoção, prevenção e tratamento (Sancho, Tavares & Lago, 2013, p.172).

Os mesmos autores referem no artigo que a equipe de enfermagem tem importância muito grande na observação contínua dos pacientes durante a sessão, podendo ajudar a salvar muitas vidas e evitar muitas complicações ao fazer o diagnóstico precoce de tais intercorrências. O paciente deve ter extrema confiança nos profissionais que devem sempre mostrar-se prestativos, atenciosos e sempre alertas para intervir quando necessário (Sancho, Tavares & Lago, 2013, p.172).

Assim, o enfermeiro como responsável pela equipa de enfermagem, tem papel fundamental, ao coordenar a assistência prestada, visando uma melhor qualidade de vida a esses pacientes, objetivando neste processo o cuidar personalizado (Poveda, et al, 2014, p. 71).

A equipa de enfermagem durante as sessões de hemodiálise desenvolve-se uma observação contínua do doente, prevenindo muitas complicações.

Neste sentido, Poveda et al (2014, p. 71) “ressalta-se a atuação dos enfermeiros ao levantar precocemente os DE, e a implementação das intervenções adequadas”.

A enfermagem consciente deve atuar na prevenção e controle de complicações, além de estar atenta aos aspetos biopsicossociais vivenciados pelo sujeito foco e do seu cuidado, desenvolvendo sua atuação de maneira mais eficiente com a implementação da Sistematização da Assistência em Enfermagem em sua prática diária (Poveda, et al, 2014, p. 72).

### **1.10– Influência da Hemodiálise na Vida dos doentes**

Cada pessoa tem uma história, uma cultura e respostas que interferem na condição crónica de saúde aliadas a necessidade de tratamento. Vários fatores repercutem nesse viver de cada uma e incluem a condição física, psíquica, social e económica, (...) (Patat et al, 2012, p.68).

Tão importante quanto a sobrevivência destas pessoas é a qualidade de vida do paciente renal crónico. Dentre os diversos fatores que comprometem a qualidade de vida desses pacientes, destaca-se a necessária realização das sessões constantes de hemodiálise (Bechert, Silva & Ribeiro, 2011, p.14).

A dedicação ao tratamento do IRC por meio da hemodiálise acarreta limitações que interferem na rotina diária dos pacientes, como a perda de emprego, alterações na imagem corporal, restrições dietéticas e hídricas (Poveda et al, 2014, p. 71).

O indivíduo que apresenta comprometimento da função renal necessita se adaptar à nova condição, ou seja, utilizar estratégias de enfrentamento para lidar com as mudanças provocadas no seu quotidiano. Considera-se importante destacar



que a família do paciente renal crónico, igualmente necessita se reorganizar, no sentido de se adequar as rotinas que a terapêutica impõe, no intuito de ofertar cuidado e segurança, com ênfase na melhoria da qualidade de vida do familiar (Patat, et al, 2012, p.68).

O doente renal crónico sofre alterações da vida diária em virtude da necessidade de realizar o tratamento, necessitando do suporte formal de atenção à saúde, isto é, vive dependente da equipa de saúde, da máquina e do suporte informal para ter o cuidado necessário (Martins & Cesarino, 2015, p.271).

No parecer de Bastos (2012, p.27) “a nível social, verificam-se alterações significativas da rotina diária, das responsabilidades familiares e profissionais. O doente tem necessidade de deslocar-se a um centro de hemodiálise, habitualmente três vezes por semana, durante 4 a 6 horas/dia. O tempo gasto nas sessões de diálise, consultas médicas e exames, associado ao tempo de hospitalização, dificultam a vida destes doentes em sociedade”.

É notável também a discriminação da sociedade/ empresas perante utentes com esta patologia. Muitos empregadores preferem não ter estas pessoas como funcionários, pelo número de horas que se ausentam do trabalho, para tratamento, exames, consultas, etc. (Bastos, 2012, p.29).

Segundo Nicola e Thomas (2002, p.99) a hemodiálise pode com efeito ser um fardo intolerável para aqueles que têm outras razões para sentir que a vida já não tem quaisquer oportunidades ou satisfações para lhes oferecer.

## **CAPÍTULO II: OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

*“É impossível um homem aprender aquilo que ele acha que sabe”  
Epictetus*

## ❖ METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo encontra-se descrito e desenvolvido, o tipo de estudo, o instrumento de recolha de informações, os objetivos de investigação, a caracterização dos participantes no estudo, as variáveis do estudo e por último as considerações éticas da investigação.

Toda a investigação científica tem que ser sustentada por um método científico de modo a auxiliar na pesquisa para alcançar os objetivos propostos pelo investigador e descrever como será conduzida a pesquisa.

### 2.1 - Tipo de Estudo

Tendo em conta que a pesquisa desenvolveu dentro de uma unidade referenciado a um doente e a um grupo de profissionais de saúde, consideramos pertinente referir que o presente estudo é um estudo de caso, baseado em entrevistas semidiretivas.

No parecer de Fortin (2009, p. 241), “o estudo de caso consiste no exame detalhado e completo de um fenómeno ligado a uma entidade social, (família, individuo, grupo, comunidade, cultura)”.

Nesta ótica, Yin (2001, p.33) considera o estudo de caso como uma estratégia de pesquisa que possui uma vantagem específica quando: “faz-se uma questão tipo ‘como’ ou ‘por que’ sobre um conjunto contemporâneo de acontecimentos sobre o qual o pesquisado tem pouco ou nenhum controle”.

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório. Somos de opinião que o estudo qualitativo é o que mais se adapta ao presente trabalho, visto que o objetivo da mesma é conhecer a percepção dos profissionais sobre esta problemática.

É descritiva na medida em que através da análise das entrevistas tanto do doente como dos profissionais, consigamos perceber quais as implicações da hemodiálise na vida do doente. Por ser o primeiro tema a ser abordado na nossa realidade, não deixa de ser um grande desafio.

A sua abordagem qualitativa está evidenciada na necessidade de utilizar a técnica de pesquisa por entrevistas, com o intuito de conhecer o objeto em estudo.

Segundo Prodanov e Freitas (2013, p. 127) “o estudo exploratório visa a proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-o explícito ou construindo hipóteses sobre ele”.

## **2.2 – Métodos e Instrumento de recolha de informação**

Segundo Hill e Hill (2005, p. 41) “qualquer investigação empírica pressupõe uma recolha de dados. Os dados são informações em forma de observações ou medidas nos valores de uma ou mais variáveis normalmente fornecidos por um conjunto de entidades”.

Atendendo ao número bastante reduzido de doentes em tratamento de hemodiálise no momento do estudo, optamos por fazer um estudo de caso baseado em entrevistas direcionadas aos profissionais e a um doente afetos a unidade de hemodiálise.

Para desenvolvimento desse estudo recorreremos a uma entrevista semiestruturada com auxílio de um guião para melhor orientar e também pesquisas bibliográficas, que segundo Prodanov e Freitas, (2013, p. 127), é “(...) concebida a partir de materiais já publicados (...)”, com o intuito de fundamentar a investigação, como já referido anteriormente.

Fortin (2009 p. 376-377), esclarece que “a entrevista semi-dirigida é principalmente utilizada nos estudos qualitativos, quando o investigador quer compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vividos pelos participantes”.

A entrevista devidamente preparada para a recolha de dados constitui importante instrumento de suporte ao processo.

Convém ressaltar a importância das pesquisas bibliográficas no que toca a fundamentação dos dados ou informações recolhidas, ou seja:

As entrevistas desenrolaram-se em dois momentos:

No primeiro momento aos profissionais da unidade de hemodiálise, e no segundo direcionado ao doente em tratamento hemodialítico, todos com a permissão do Conselho Diretivo do HBS.

Após a assinatura do consentimento informado as entrevistas decorreram nos dias 19 e 20 de Janeiro de 2017. Aos profissionais através do preenchimento manuscrito do guião constituído por onze (11) perguntas.

A entrevista direcionada ao doente Foram gravadas, após a leitura do consenso informado na presença de um testemunho, e autenticado com a impressão digital do mesmo, tendo em conta as limitações visuais.

Elaboramos dois guiões, o primeiro dirigido aos profissionais de saúde e um segundo ao doente em estudo, que foram transcritas, de uma forma simples a facilitar a análise dos mesmos.

### **2.3 – Caracterização do Campo Empírico**

O nosso campo empírico escolhido é a unidade de hemodiálise que se encontra inserida na UCE do HBS onde são realizadas as sessões de hemodiálise.

A UCE tem uma lotação de 5 (cinco) camas sendo 2 (duas) confinadas a hemodiálise.

As primeiras sessões tiveram iniciado em Março de 2010, com maior incidência nos doentes crónicos e, um número reduzido de casos agudos que apareceram esporadicamente.

Trata-se de uma sala com cerca de 26 m<sup>2</sup> com os seguintes equipamentos:

1. Duas (2) camas;
2. Duas (2) máquinas de hemodiálise;
3. Duas (2) máquinas de osmose (para tratamento de água).

**TAB 2 - Número de profissionais na unidade de hemodiálise**

<b>Enfermeiros</b>	<b>7</b>
<b>Médicos</b>	<b>3</b>
<b>Técnicos de Manutenção</b>	<b>3</b>

**Fonte: elaboração própria**

O quadro acima expõe todos os profissionais da unidade de hemodiálise. Está constituída por sete (7) enfermeiros formados na área da hemodiálise, três (3) médicos, entre eles um (1) Nefrologista e dois (2) especialistas na medicina interna. Também há três (3) técnicos de manutenção para o tratamento da água, bem como a manutenção dos aparelhos.

## 2.4 – Caracterização dos participantes do estudo

No quadro abaixo apresentamos os dados recolhidos através das entrevistas feitas aos profissionais de saúde da unidade de hemodiálise do HBS.

**TAB 3 – Profissionais de saúde participantes do estudo**

<b>Profissionais de saúde</b>	<b>Género</b>	<b>Habilitações Académicas</b>	<b>Categoria profissional</b>	<b>Tempo de atividade profissional (Anos)</b>	<b>Tempo profissional em hemodiálise (Anos/ Meses)</b>
<b>B 1</b>	F	Esp. Nefrologia	Médico Assistente	9	3 A
<b>B 2</b>	F	Esp. Medicina Interna	Médica Assistente	17	8 A
<b>B 3</b>	M	Esp. Medicina Interna	Médica Assistente	19	3 A
<b>B 4</b>	F	Licenciatura	Enf <sup>a</sup> .Graduada	29	3 M
<b>B 5</b>	M	Licenciatura	Enf <sup>o</sup> . Geral	25	3 A
<b>B 6</b>	F	Licenciatura	Enf <sup>a</sup> . Geral	16	7 A
<b>B 7</b>	F	Licenciatura	Enf <sup>a</sup> . Geral	19	3 M
<b>B 8</b>	F	Licenciatura	Enf <sup>a</sup> . Geral	19	7 M
<b>B 9</b>	F	Licenciatura	Enf <sup>a</sup> . Geral	29	7 A

**Fonte: Elaboração própria**

O referido quadro nos demonstra que a amostra foi constituído por nove (9) participantes sete (7) do sexo feminino e dois (2) do sexo masculino.

Em relação às habilitações académicas, contamos com um (1) especialista em Nefrologia, dois (2) especialistas em Medicina Interna, e seis (6) enfermeiros licenciados.

Quanto ao tempo de atividade profissional, dois (2) profissionais com 29 anos de serviços, um (1) com 25 anos, três (3) com 19, e os restantes três com idade compreendida entre os nove (9) e dezassete (17) anos respetivamente.

Em relação ao tempo de atividade profissional em hemodiálise, um profissional possui oito (8) anos de serviço, dois (2) sete anos, três (3) três anos e os restantes três, (3) estabelecem entre os três a sete meses nessa função.

É importante ressaltar que todos os profissionais que constituem a equipe possuem formação na área de hemodiálise, realizado no Hospital Santa Maria em Portugal

### **Caraterização Demográfica do doente**

Trata-se de um indivíduo do sexo masculino de 53 anos, solteiro, com o grau de escolaridade de 3ª classe do ensino primário, residente em Monte Sossego. Portador de IRC, diabetes méllitus e deficiente visual, e atualmente vive com duas filhas e um neto.

## **2.4 – Procedimentos éticos da investigação**

A ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta (Fortin, 2000, p.114).

O direito ao anonimato e a confidencialidade é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador. Os resultados devem ser apresentados de forma que nenhum dos participantes possa ser reconhecido nem pelo investigador, nem pelo leitor do relatório de investigação. (Fortin, 2000, p. 114).

Em primeiro lugar foi endereçado ao Hospital Baptista de Sousa o requerimento disponibilizado pela Universidade do Mindelo, requerendo uma autorização para desenvolver a pesquisa na unidade de hemodiálise, situado na unidade de Cuidados Especiais (UCE).

De seguida, entramos em contacto com os participantes selecionados, informando-os os objetivos dessa entrevista, e solicitando a sua disponibilidade em colaborar no estudo.

O objetivo e a importância das entrevistas foi claramente explicado á todos os participantes, de modo a obter uma participação individual e voluntária.

Durante as entrevistas e a elaboração do trabalho em si, foi respeitado o anonimato dos entrevistados que se dignaram em participar e o direito de desistência do estudo em qualquer momento. Esse compromisso foi salvaguardado pelo “Termo de Consentimento Informado”, assinado previamente por cada um.

### **❖ CAPÍTULO III: FASE EMPÍRICA**



### 3.1 – Apresentação e Interpretação dos dados

Ao chegar nessa fase de investigação, o autor certifica o cumprimento dos objetivos e verifica se as informações recolhidas ajudaram a responder a nossa pergunta de partida.

Para o efeito apresentamos primeiramente as informações na perspetiva dos profissionais, seguido do relato do doente, que se encontra na unidade em tratamento da hemodiálise.

Para facilitar a perceção das informações contidas no guião foi necessário dividir em diferentes categorias sequenciais.

- ⇒ Categoria I - relacionada com aspetos da metodologia do trabalho e diferentes técnicas da hemodiálise;
- ⇒ Categoria II - A Equipa de Trabalho
- ⇒ Categoria III- Perceção das condições económica e social do doente
  - Subcategoria I - Atividades diárias;
  - Subcategoria II - O papel da família no tratamento do doente
  - Subcategoria III - Situação económica do doente
- ⇒ Categoria IV - Aspetos Clínicos

#### **Categoria I- Conhecimento dos Métodos e técnicas usadas na hemodiálise**

Antes de abordarmos os métodos utilizados na hemodiálise questionamos sobre o início do tratamento da hemodiálise na ilha de São Vicente.

Muito embora, os sujeitos não tenham o mesmo tempo de serviço na unidade, notamos que quase todos têm a noção clara do início da hemodiálise na ilha de São Vicente, referenciando Março de 2010.

Quisemos saber que tipos de acessos de hemodiálise normalmente são utilizados na unidade, e recebemos as seguintes respostas, oito (8) dos entrevistados (B1, B2, B4, B5, B6, B7, B8 e B9) responderam cateter venoso central provisório e permanente (cateter de longa permanência implantado em veia central) e um (1) (B3) respondeu: “*cateter em veia jugular, femoral e subclávia.*”

Em relação a números de sessões recomendadas semanalmente para cada doente. Seis (6) dos participantes (B1, B2, B3, B4, B8, B9) responderam que normalmente se realizam três sessões por semana; dois (2) dos participantes (B5, B7) são de opinião que se realizam de 2 a 3 sessões por semana e (B6) complementa ainda que o número das sessões “...

*dependem das necessidades do doente e da prescrição médica.*

A abertura da unidade de hemodialise ocorreu em março de 2010, inicialmente com dois enfermeiros e uma especialista em nefrologia, atendendo somente casos de urgências, registrando aumentos significativos de casos, ao longo dos anos. Atualmente esta unidade dispõe de mais profissionais, com mais opções em termos de técnicas utilizadas.

As sessões de hemodialise são realizadas por norma 2 á 3 vezes por semana exceto nos casos em que o doente inicia a hemodiálise pela primeira vez, e os achados laboratoriais encontram-se elevados ou ainda quando o doente recupera a sua função renal.

## **Categoria II - A Equipa de Trabalho**

Questionados se a equipa, preenche todos os requisitos necessários para a unidade. Tivemos duas respostas diferentes, embora a maioria dos participantes (B2, B3, B4, B8, B9) afirmam que a atual equipa consegue dar resposta positiva, atendendo a capacidade e a lotação da unidade atualmente. O (B2) adverte ainda, que não se pode falar em número de profissionais para a unidade sem ter em atenção o espaço na qual a unidade está inserida “... o espaço não é apropriado.”

Os entrevistados (B1, B5, B6 e B7) responderam que não, e defendem a formação de uma equipa multidisciplinar incluindo: psicólogos, nutricionistas e assistente social.

O entrevistado (B5) vai mais longe justificando da seguinte forma “*Primeiro o tempo de formação do pessoal é curta. Segundo, o espaço físico não é apropriado para o efeito, o arejamento, assepsia, iluminação do local são impróprias*”.

No nosso entender as respostas não foram de encontro as expetativas, tendo em conta que os participantes deram mais atenção as condições da estrutura, tempo de formação, e integração de outros profissionais na equipa.

Constatamos que essas são inúmeras lacunas, que segundo os entrevistados dificultam o bom funcionamento do serviço. Por conseguinte apontam algumas sugestões que podem trazer melhorias para o serviço, e benefícios ao doente.

Relativamente a atuação da equipa de enfermagem nesse processo os participantes foram bem explícitos nas suas resposta demonstrando firmeza e profissionalismo no seu desempenho em prol desses doentes.

(B2) *“Pode-se dizer que a equipa de enfermagem é essencial nesse processo, aliada aos demais profissionais para a promoção da qualidade de vida desses doentes”*

Ainda (B5) realça *“Esses doentes encontram-se muito debilitados e sensíveis de modo que necessitam do nosso apoio, esclarecimento e compreensão para que possam enfrentar esse tratamento de forma positiva”*.

Não obstante o reconhecimento do papel da equipa de enfermagem, torna-se evidente uma certa insatisfação no que toca aos fracos recursos disponíveis na unidade.

(B1) *“Temos que ser realista e admitir que no nosso país apesar dos fracos recursos, tentamos prestar um serviço de qualidade e que vai de encontro com o bem-estar do doente”*.

Isso não deixa de ser um grande problema, ainda que por um tempo limitado, tornando difícil o desempenho desses profissionais. (B7) relata *“tentamos fazer o máximo, dentro das nossas limitações”*.

A assistência prestada a esses pacientes inclui a educação em saúde e conscientização sendo que muitos deles veem o tratamento hemodialítico como algo agressivo e muito doloroso.

(B4) *“É importante dar uma especial atenção a esses doentes, principalmente no início em que por vezes mostram resistência em aderir ao tratamento, tanto por medo como por descompensações devido a própria patologia e cabe a nós enfermeiros receber, dar carinho e transmitir confiança não só a eles como aos familiares”*.

(B8) *Além de realizar o procedimento, temos de dar apoio emocional e psicológico, orientar na medicação e na dieta, inteirar de eventuais problemas que os afligem”*.

(B3) *“O enfermeiro acompanha o doente desde o início, até o final das sessões que por norma duram 4 horas, daí que acaba por criar um laço de amizade e afetividade proporcionando estabilidade e confiança do mesmo”*.

(B9) acrescenta ainda *“... servimos de elo de ligação entre o doente e os demais profissionais inerentes a esse processo.*

O enfermeiro torna-se um elemento essencial nesse processo, acompanhando o doente desde o início do tratamento, atendendo as suas necessidades básicas, torna necessário que conheça cada um de forma individual, entenda seus medos e angústias sem contar que esse cuidado requer muita sensibilidade e compreensão o que facilita na adesão ao tratamento.

### **Categoria III- percepção das condições económica e social do doente**

Optamos por citar esta categoria, e as subcategorias por serem de relevante importância para esta pesquisa, com o intuito de perceber dos profissionais até que ponto as diferentes implicações, afligem os doentes IRC em tratamento de hemodiálise.

#### **Subcategoria I - Atividades diárias**

Uma das nossas preocupações é perceber, como o estado de saúde dos doentes em tratamento pode interferir nas suas atividades diárias.

A maioria dos participantes, entre eles (B1, B2, B4, B6, B7, B8 e B9) responderam que de certo modo há influências nas atividades diárias apresentando as seguintes justificações:

(B1) *“... Para um individuo conseguir realizar as suas atividades diárias, tem que estar minimamente saudável. A doença afeta tanto a parte física como a psíquica que são condições necessárias para realizar qualquer atividade.”* Já (B7) ressalta algumas limitações que o doente em tratamento está sujeito *“... tem limitações em relação a dieta, as atividades físicas de lazer e até a nível social.”*

Uma outra limitação importante referida neste item pelos participantes (B4 e B6) tem a ver com o comprometimento da estética em relação aos doentes que usam cateter venoso central na jugular.

(B4) *“Dado a exposição do cateter, esses pacientes estão limitados ao convívio social”.*

Essa mesma limitação estende aos portadores de cateter na femoral.

(B6) *“com esse cateter o paciente fica limitado a permanecer obrigatoriamente no leito de preferência na posição dorsal o que lhe proporciona uma posição desconfortável e dependência total dos cuidados de enfermagem.”*

(B2) afirma que *“Interfere sim, visto que o doente três vezes por semana necessita de hemodiálise durante quatro horas o que dificulta muito o horário laboral.”*

Por conseguinte o doente não consegue fazer exatamente o que fazia anteriormente alterando assim o seu estilo de vida.

É nesse contexto que (B5) tem uma opinião contrária *“Se tiverem apoio de equipas multidisciplinares e cumprirem com as regras estabelecidas, não há muita interferência. Pois em outros países alguns doentes continuam trabalhando normalmente.”*

Embora (B3) defende que essa interferência “*depende do estado do doente.*”

Uma vez diagnosticado a insuficiência renal, a vida do doente sofre inúmeras alterações sobretudo se tiver que ser submetido a hemodiálise. A primeira questão passa pela aceitação da condição, posteriormente é invadido por uma onda de sentimentos e emoções com os quais tem dificuldades em lidar, desde do ceio familiar, ao contexto laboral e social.

Em outros países a maioria dos doentes submetidos a hemodialise, conseguem conciliar as suas atividades profissionais com o tratamento. Em Cabo Verde tal não acontece devido a várias situações, nomeadamente a mudança de residência dos doentes para a ilha de Santiago, o que dificulta a inserção no mercado de trabalho.

## **Subcategoria II - O papel da família no tratamento do doente.**

Em relação ao papel da família no tratamento, o objetivo é perceber dos participantes o quanto os familiares são importantes nesse processo e como tem vindo a desempenhar o seu papel.

(B7, B8, B2 e B4) encontram-se em linha de proximidade de opiniões, embora consideram que esse apoio não abrange todos os doentes uma vez que a maioria são evacuados de S. Antão, (B7) “*A família tem um papel fundamental, principalmente no apoio psicológico, moral até financeiramente, acompanhamento nas consultas, cuidados com a dieta recomendada.*” (B8) reforça que “*o doente exige muito dos familiares não somente a nível emocional e moral, mas sobretudo na medicação que deve ser tomada na hora certa, cuidados com o cateter acompanhar o doente para o hospital.*” (B2) reafirma que “*A família tem um papel essencial, ajudar o doente na toma dos medicamentos e acompanha-lo as sessões de hemodiálise*”, (B4) “*O doente tem que ser acompanhado pela família tanto a nível do tratamento como na alimentação e o autocuidado*”.

Ao longo dos tempos temos constatado que essa atenção tem vindo a diminuir devido a outros compromissos assumidos pela família.

(B1) afirma “*Muitas vezes a família desconhece a dimensão do problema. Durante o tratamento o doente necessita muito do apoio dos outros..., a família deverá aprender significado da hemodiálise na vida dos pacientes, contribuindo assim para melhorar a qualidade de vida do doente*”.

De mesmo modo (B3) reconhece que o papel da família é importante exatamente nessa fase de doença, justificando da seguinte forma: “...*tendo em conta os vários problemas psicossociais que estes doentes sofrem a presença e o acompanhamento da família torna-se relevante.*”

Na opinião de (B5) “...*o utente estará muito fragilizado, tanto físico como psicológico, dependendo muito do apoio de pessoas próximas.*”

Muito embora a hemodiálise ainda seja um procedimento pouco conhecido no nosso meio, tem havido um esforço por parte dos familiares em entender e apoiar seus próximos, tendo em conta os aspetos tradicionais e culturais existentes nessas ilhas.

Para (B9) “O papel da família é fundamental, na medida em que “... *o doente fica fragilizado por se tratar de uma doença com tratamento prolongado que por vezes impõem uma série de limitações que interferem na vida quotidiana do doente. Cabe ao familiar influenciar de forma ativa e positiva para promover maior qualidade de vida aos seus.*”

Ainda (B6) acrescenta alguns cuidados que os familiares devem ter com os doentes “*Ajuda na alimentação, controlo da ingestão de líquidos, a manutenção do penso (manter limpo e seco) e supervisionar o cateter (controlo de sinais de hemorragia).*”

Constatamos que as respostas seguem o mesmo raciocínio. É de realçar que a maioria desses doentes em tratamento são provenientes de Santo Antão e residem em casa de familiares, por vezes tem alguma limitação em termos do apoio direto da família. Esse apoio torna-se imprescindível em qualquer processo de saúde doença do indivíduo.

Nesses casos propriamente ditas o doente precisa de um acompanhamento rigoroso, a ausência do mesmo pode trazer implicações sérias na vida do doente.

### **Subcategoria III - Situação económica do doente**

Podemos dizer que é um dos fatores influentes no processo de adesão ao tratamento. O doente enfrenta grandes alterações no seu estilo de vida sobretudo a incapacidade de exercer suas funções laborais o que gera transtornos pessoais.

Deste modo torna-se importante frisar este item levando em consideração que a hemodiálise interfere na situação económica e social dos doentes, nomeadamente aqueles que se deslocam de uma ilha para outra, aumentando os custos económicos com o tratamento.

Quisemos saber que propostas os profissionais apresentariam para melhorar a resposta na área de saúde para esses doentes. Seis dos participantes (B2, B3, B4, B6, B7, B8, e B9) apoiam na criação de um centro de hemodiálise, porém acrescentam algumas sugestões:

(B7) *“criar...um serviço propício para a hemodiálise que abrange todos os profissionais desta área ou seja uma equipa multidisciplinar a fim de promover uma melhor qualidade de vida desses utentes”*.

Devemos considerar que não basta só criação de um centro de hemodiálise, (B4) é de opinião que *“... ter apoio total do estado durante o seu tratamento, ter ensino constante de saúde, principalmente no auto cuidado”*.

Sugestões que devem ser levados em conta para melhorar as condições de tratamento para os doentes, bem como de trabalho para os profissionais

(B8) *“...dispor de mais recursos materiais, ter uma equipa multidisciplinar, mecanismos para acelerar o processo de evacuação”*. Ainda (B9) acrescenta sugestões relacionadas com a biossegurança *“...criar barreira de segurança que serve tanto para o doente como para o profissional, Aquisição de equipamentos tais como monitores cardíacos completos, Melhor gestão em termos de consumíveis para que não haja rutura de stock.”*

E (B3) remata *“É necessário melhorar as condições de trabalho, de equipamento e possibilidade de transplante no país.”*

Entretanto (B5 e B1) vão ainda mais longe dando destaque á valorização das condições humanas

(B5) *“Há muitas carências, entre elas o apoio social, psicológica etc.”*

(B1) *“Melhorar o sistema de saúde primária e criar um programa para insuficiência renal crónica. Quando o paciente chega cedo à consulta, o nefrólogo estará apto para preparar o mesmo para que possa chegar a hemodiálise em melhor estado físico possível, pois isto leva a melhor tolerância do mesmo e juntamente com a família já estará psicologicamente preparado para os passos a seguirem.”*

Pensamos que as melhorias propostas pelos participantes foram direcionadas em maior parte a estrutura do serviço, chamando a atenção das entidades governamentais no sentido de darem maior ênfase / atenção ao serviço prestado por esta unidade em particular pela importância que tem para esses doentes.

#### **Categoria IV- Aspetos Clínicos**

Nem todos os doentes portadores de IR tem condições para serem sujeitos a hemodiálise, entretanto este procedimento deve iniciar quando o médico achar necessário e para tal o doente deve estar devidamente informado daquilo que lhe está a acontecer e o que lhe espera.

De modo que procuramos saber em que estágio a IR é mais frequentemente detetado. A maioria (B1, B2, B5, B6, B7 e B8) respondeu nos casos crónicos. Os participantes (B3 e B4) responderam nos casos agudos. (B9) foi o único que fundamentou a sua resposta: *“Em casos agudos, embora haja doentes que têm vindo a ser acompanhados e medicados pelo nefrologista. Esses doentes são considerados crónicos.”*

Quanto as queixas mais frequentes dos utentes submetidos a hemodiálise, todos os participantes relatam sintomas como: *náuseas, hipotensão, hipertensão, caibras nos membros, cefaleias, hipoglicemia, prurido, calafrios, hiperglicemia, anúria, e sudorese.*

No que refere a evolução da saúde dos doentes, um ano após ter iniciado o tratamento da hemodiálise, os participantes (B3, B6, B7 e B8) são de opinião que na maioria das vezes a evolução é positiva.

Em relação aos doentes que recebem tratamento em S. Vicente, consideramos que o controlo dos mesmos fica de certa forma limitado uma vez que a unidade tem capacidade para atender somente casos de urgência, ou seja crónicos até se estabilizarem, posteriormente são evacuados para o centro de hemodiálise na Praia onde passarão a ser seguidos por outra equipa.

Neste sentido (B5) defende que é difícil fazer uma avaliação imediata, conforme explica *“No caso de São Vicente, não há um seguimento desses doentes, visto que são transferidos para o centro da hemodiálise no Hospital Agostinho Neto capital, às vezes sem se completar um ano.”*

(B2 e B4) comungam de uma mesma opinião *“Em geral há duas situações que podem ocorrer influenciado a evolução, quando se cumprem a terapêutica e a dieta, têm a probabilidade de ter uma melhor qualidade de vida, se não cumprirem logicamente que a qualidade de vida estará comprometida.”*



O que se sabe é que enquanto aguardem pela evacuação tem um seguimento de forma integrada, que cumpre todos os requisitos do protocolo.

Conforme explica (B9) *“Durante o tratamento, são controlados as funções renais através de exames laboratoriais, atendendo as queixas do doente sobre eventuais preocupações que vão surgindo.”*

Para (B1) *“Depende não só da hemodiálise e do doente, mas também das doenças concomitantes, do acesso vascular, das complicações durante a hemodiálise...”*

As principais preocupações dos doentes na perspectiva dos participantes do estudo resumem-se basicamente, na duração e termino do tratamento, (B3, B5, B6, B8 e B9) defendem que a maior preocupação está relacionada com, *o cateter e a duração do tratamento.*

Já (B2 e B7) referem que a maior preocupação desses doentes é a possibilidade de ter um transplante.

Para (B4) essas preocupações dependem do tempo de tratamento e prognóstico *“Para alguns a maior preocupação é quando terminar o tratamento, outros é se vão conseguir viver muitos anos.”*

(B1) é de opinião que a maior preocupação tem a ver a mudança de residência para outra ilha.

Atendendo que a IRC é progressiva e irreversível, o tratamento hemodialítico melhora sim a condição clínica do doente mas não resolve a patologia em si.

As preocupações estão direcionadas as mudanças bruscas no seu estilo de vida, submetidos a um tratamento prolongado sem contar com possíveis deslocações e mudanças de residência, para outra ilha ou mesmo outro país a fim de receberem melhor tratamento.

## **Relatos do Doente**

### **Categoria I - Caracterização Clínica do doente**

Trata-se de um indivíduo do sexo masculino de 53 anos, solteiro, com o grau de escolaridade de 3ª classe do ensino primário, residente em Monte Sossego. Portador de IRC, diabetes méllitus e deficiente visual, e atualmente vive com duas filhas e um neto.

Deu entrada na unidade de hemodiálise no dia 19 de abril de 2016, proveniente da enfermaria de medicina do HBS onde se encontrava internado com diagnóstico de IRC terminal, apresentava um quadro de hipertensão arterial, edema generalizado, e saturação baixa.

Nesse mesmo dia foi realizado inserção do cateter provisório (Duplo Lúmen) para hemodiálise na veia jugular direita, e até Janeiro de 2017 o doente vem sendo seguido na unidade de hemodiálise registando um total de noventa e nove (99) sessões de hemodiálise até então.

### **Categoria II- percepção das condições económica e sociais do doente**

#### **Sub categorias I - Atividades diárias/laborais**

Quando questionado sobre as suas atividades diárias / laborais, evidencia um sentimento de incapacidade e dependência frente a doença não só devido a sua condição clínica que o impede de exercer algumas funções, como também pelos limites impostos pelo tratamento hemodialítico em que os horários de realização compreendem o período de manhã ou por vezes a tarde quando o número de doentes dialisados é maior.

Com uma expressão bastante triste relata o seguinte:” *deixei de trabalhar desde que iniciei o tratamento, gostava de poder continuar a trabalhar mesmo que fosse por um salário mínimo o que me ajudaria imenso com as despesas do tratamento*”

Continua frisando “*Devido à cegueira, força muscular, já não consigo levantar peso e me dificulta muito no meu emprego, não consigo caminhar sozinho*”.

Assim sendo o doente vê-se numa situação de total dependência para realização das suas atividades rotineiras e é nessa fase que o apoio de uma equipe multidisciplinar aliada a família vão ajuda-lo a enfrentar de forma positiva esses obstáculos.

## **Subcategorias II - O papel da Família no tratamento do doente.**

No que tange ao apoio da família no processo de tratamento ele afirma que tem apoio sim sobretudo das suas filhas: *“tenho apoio da minha família, quando possível, minha mãe era quem me apoiava muito nessas horas, faleceu há um ano, tenho irmãos, cada um tem a sua vida mas ajudam no que podem. Resta-me as minhas filhas e uma associação religiosa que me oferece uma ajuda básica.”*.

É de realçar que esse apoio permite que o doente se sinta seguro e confiante no seio familiar e social, favorece de forma positiva na retoma das suas atividades diárias além de elevar a sua auto estima, pois, essas limitações influenciam a nível das suas capacidades funcionais, nas relações sociais, financeiras e na sua aparência física.

## **Subcategorias III - Situação socioeconómica**

Neste item abordamos as implicações socioeconómicas que o doente enfrenta. De entre essas limitações destacamos as laborais, primeiro devidas as suas habilitações literárias e por outro lado a sua situação clínica, a modalidade do tratamento que o obriga a estar ligado a uma máquina três vezes por semana e que dificulta muito a sustentabilidade em termos do emprego.

No que toca ao rendimento familiar mensal, realça o seguinte: *“Vem da minha filha, quando aparece algum dia de trabalho em qualquer ofício porque é desempregada”*.

Consideramos que nestes casos o suporte familiar é crucial e o apoio por eles fornecido é essencial para que o doente possa enfrentar de forma positiva essa situação. Isso representa uma grande lacuna para o mesmo que depara com sérias dificuldades.

Essas lacunas tem maior repercussão nos indivíduos do sexo masculino que na maior parte das vezes são chefes de família e veem obrigados a abandonar o trabalho para seguir o tratamento, havendo assim uma inversão de papéis, gerando muitas vezes um sentimento de impotência a nível socioeconómico.

Em relação as restrições alimentares estabelecidas pelo nutricionista, notamos que o doente tem uma noção clara das suas limitações dietéticas. *“Agora tenho que ingerir alimentos quase sem sal, com restrição de gordura, tenho que comer só peixe branca, verduras cozidas e grelhados...”* contudo apresenta certas dificuldades em cumpri-las dado aos fracos recursos económicos que possui *“... devido a poucos recursos não consigo obter*

*só alimentos saudáveis ou ideais para a minha doença. Tem dias que eu não tenho nada para alimentar.”*

Estas restrições fazem parte da lista das limitações inerentes aos doentes com IRC, associadas a redução de ingestão de líquidos e isso torna-se extremamente necessário quando diagnosticado a doença, a fim de proporcionar um bem estar geral.

Torna-se responsabilidade dos profissionais de saúde, e sobretudo da família, inteirar-se da patologia acompanhando o doente as consultas, seguir a tabela terapêutica bem como a dieta imposta pelo nutricionista de modo a evitar complicações futuras e muitas vezes irreversíveis.

Quando solicitamos ao doente que apresentasse sugestões de melhorias em termos de resposta nessa área, respondeu o seguinte: *“Não tenho apoio dos assuntos sociais.”* O que comprova que necessita de mais respostas por parte das Instituições Sociais, pois não é contemplado no programa da pensão social, por se tratar de uma pessoa com fracos recursos económicos, e totalmente dependente de terceiros.

### **Categoria III - Aspetos Clínicos**

Sendo uma doença considerada para toda vida, a IRC enquadra-se no grupo de doenças que exigem especial atenção, não só dos profissionais de saúde, das entidades governamentais bem como da população em geral.

Quanto a sua saúde atual o doente afirma *“Considero-me um pouco melhor, depois que iniciei o tratamento da hemodiálise, mas agora tenho a saúde comprometida.”*

É necessário um preparo minucioso do doente desde o diagnóstico da doença até a fase de tratamento deparando com vários entraves. Este tratamento permite ao doente uma certa estabilidade hemodinâmica favorecendo a diminuição de sintomas como edemas devido a sobrecarga hídrica.

Questionado sobre o tempo em que teve conhecimento da sua patologia o doente aponta Junho de 2016, como referencia e afirma que há mais ou menos 6 meses iniciou o tratamento.

Também tem uma ideia a cerca do acesso e números de sessões quando afirma o seguinte *“Já estive com cateter no pescoço, mas agora tenho no lado esquerdo do peito e costumo fazer sessões três vezes por semana, e quando tem mais doentes faço duas vezes por semana”*.

Questionado sobre os sintomas que apresenta após cada sessão de hemodiálise o doente adverte “Às vezes tenho tonturas, dor de cabeça, caibras, quedas de tensão e de açúcar, mas ultimamente esses sintomas têm vindo a diminuir, tenho melhorado porque antes costumava estar só na cama, não conseguia dormir e desde que comecei o tratamento sinto-me mais disposto.

Fazendo uma comparação em relação ao ano anterior considera que a sua saúde piorou, porque ainda não tinha sido diagnosticado a doença renal. “Sinto-me preocupado, porque há um ano atrás só tinha diabetes, agora sofro também de doença dos rins, tenho dores frequentes, as vezes amanheço inchado e sou dependente de medicamentos.”

O doente entretanto confessa nunca ter ido a uma consulta com nefrologista “não tinha conhecimento dessa doença”. Esse desconhecimento muitas vezes deve-se a falta de esclarecimentos, daí que chamamos a atenção dos profissionais de saúde e da comunicação social para maior divulgação das doenças como forma de prevenir, para que as pessoas estejam mais atentas aos sinais, e procurar ajuda atempadamente.

Em relação ao número de internamentos, esclarece que tem aumentado desde que iniciou a hemodiálise “algumas vezes sinto mal em casa, e sou trazido ao banco de urgência pelos bombeiros, outras vezes passo mal durante o tratamento e fico internado”.

#### **Categoria IV - Aspetos Psicológicos**

O sentimento de tristeza e isolamento acabam por influenciar negativamente tanto na vida pessoal como no tratamento, porque vêm-se limitados ou mesmo impedidos de estabelecer uma interação com outras pessoas podendo acarretar uma série de frustrações. “Já não sou mais o mesmo. Sinto-me triste, desde que descobri a doença”.

Sendo portador de retinopatia diabética, que o conduziu ao estado de cegueira total e irreversível, encontra-se numa condição que exige mais do que nunca a presença constante da família, amigos e cuidados humanizados dos profissionais da saúde.

“Só saio para fazer o tratamento, e quando estou em casa costumo ficar sozinho, tenho pouco apoio de amigos e as visitas de familiares são esporádicas.” por vezes gosto de frequentar uma igreja onde vou assistir os cultos.”

Para além disso o apoio de outras instituições faz-se necessária porque podem amenizar o sofrimento e garantir um certo conforto emocional.

Dado a essas situações o doente dispõe de fracos incentivos para elevação da sua auto estima mergulhando num estado de melancolia e sensação de abandono. Nesse sentido poderá ser estimulado a aceitar a sua condição atual como forma de ultrapassar essas dificuldades e ajudar a si próprio a contornar essa situação.

### **3.3 – Discussão dos resultados**

Nesse capítulo centramos na discussão dos principais resultados, na expectativa de verificar o cumprimento do objetivo geral que se propõe em **analisar na perspectiva dos profissionais de saúde que trabalham no serviço de hemodiálise do HBS, sobre as implicações que a hemodiálise traz aos doentes com IRC**. Desta forma pretendemos discutir os dados, para ter uma compreensão mais clara dos resultados obtidos.

A necessidade em criar um centro de hemodialise, com uma equipa multidisciplinar, mais recursos materiais, e melhores condições a nível do ensino, poderia ser uma forma de promover uma melhor qualidade de vida dos doentes hemodialisados.

Considerando o primeiro objetivo específico que evidencie as principais implicações da HD na vida dos doentes, de acordo com os relatos dos profissionais afetos ao serviço e do doente entrevistado, esse procedimento traz implicações a todos os níveis, o que origina um comprometimento no seu bem estar geral.

O apoio psicossocial é de relevante importância pois, esses doentes são invadidos pela sensação de medo, tristeza, nervosismo, ansiedade e frustração quando informados da necessidade de se submeterem ao tratamento.

O segundo objetivo específico fundamenta-se em descrever as complicações mais frequentes evidenciadas nas sessões de hemodiálise, os participantes apontaram como: a hipotensão, câibras, náuseas e vômitos, cefaleia, dor torácica, dor lombar, prurido, febre e calafrios.

Quanto ao terceiro objetivo específico, baseia-se em analisar o papel da enfermagem na assistência prestada aos doentes com IRC. Considera-se imprescindível a atuação desses profissionais, pois para além de passar maior parte do tempo com o doente, identifica-se como um elo de ligação entre o doente, o médico e a família.

Na maior parte das vezes são os primeiros a perceber ou a reconhecer as diversas complicações que podem surgir durante as sessões de hemodiálise.

Para finalizar, salientamos as principais estratégias para melhoria de vida dos doentes com IRC, criando um plano de apoio a esses doentes que favorece a facilidade de acessos as consultas como forma de minimizar a progressão de doenças que podem dar origem ao aparecimento da IRC. O esclarecimento adequado ao doente e a família ajudam a procurar ajuda atempadamente, a prevenir eventuais complicações e a lidar de forma natural com a patologia.

#### ❖ IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A preocupação dos profissionais da saúde voltada a promoção do bem estar físico psíquico e social dos portadores de doenças crónicas, constitui cada vez mais um complemento para o tratamento.

A hemodiálise é uma técnica recente em Cabo Verde, particularmente em São Vicente, daí, suscitou um grande interesse em saber o seu funcionamento, os procedimentos envolvidos, bem como a perceção dos profissionais, quanto as implicações que a mesma pode acarretar para o dia-a-dia dos doentes.

Através da pergunta de partida: **Que implicações o tratamento da hemodiálise pode trazer para os portadores de insuficiência renal crónica?** Da revisão bibliográfica efetuada, bem como das entrevistas aplicadas, podemos dizer que não obstante a hemodiálise constituir o método de substituição renal mais utilizado a nível mundial, traz implicações várias para o doente.

Essas implicações afetam os doentes em todos os domínios da sua vida, o que requer uma atenção especial tanto dos profissionais da saúde, bem como da família e outras instituições por forma a ajudar na aceitação das condições que lhes são impostas.

Obviamente que, dado a natureza desse estudo não podemos generalizar essas observações atendendo que este ocorreu numa unidade de hemodiálise com uma capacidade de resposta limitada, embora das pesquisas auxiliares realizadas foram identificadas algumas semelhanças nas implicações que esta acarreta ao doente.

Todavia há necessidade de pensar melhor nessa problemática, integrar elementos de áreas afins com o propósito de trabalhar o doente, sua família, ensinando-os a conviver com as diversas modificações provenientes tanto da doença como do tratamento.

Tais modificações na sua maioria atuam de maneira negativa com repercussões em todos os aspetos relacionadas as condições humanas.

Para além disso, um espaço apropriado para a instalação da unidade de hemodiálise torna-se imprescindível, no tratamento dos doentes com insuficiência renal crónica.

O referido estudo permitiu-nos aprofundar mais os conhecimentos, oportunidades de aperfeiçoamento e uma visão holística, em relação a temática em estudo, bem como as causas sintomatologias, e complicações dessa patologia.



Em relação aos objetivos traçados podemos afirmar que, de uma forma geral foram alcançados, na medida em que, foi possível analisar a percepção bem como as dificuldades dos intervenientes no estudo.

Durante a realização do estudo confrontamos alguns obstáculos sendo o principal a escassez de bibliografia relacionado com o tema, em Cabo Verde, pelo que recomendamos futuros estudos relacionados a essa problemática.

## ❖ V – RECOMENDAÇÕES/ PROPOSTAS

A experiência adquirida no campo empírico durante a realização deste trabalho permitiu-nos deixar o nosso contributo em jeito de propostas e sugestões que poderão ser aproveitadas doravante.

- Transferir a unidade de hemodiálise para um espaço próprio autónomo com maior capacidade de resposta, capaz de acolher maior número de doentes, bem como a equipa completa de profissionais;
- Investir mais na formação dos profissionais de enfermagem, na área da hemodiálise;
- Envolver e orientar a família dotando-os de conhecimentos e habilidades para ajudar da melhor forma na aceitação da doença e no processo do tratamento;
- Aumentar a sensibilização dos portadores de IRC, relativamente a adesão ao seu tratamento;
- Utilizar a música durante as sessões, como recurso complementar para enfrentar a doença e o tratamento;
- Realizar visitas aos doentes submetidos a hemodiálise que estão no domicílio;
- Envolver os doentes com IRC submetidos a hemodiálise, em atividades que os permite sentirem-se capacitados, ativos e integrados na sociedade;
- Divulgar através dos meios de comunicação social aspetos relacionados com IRC, sinais e sintomas;
- Desenvolver trabalhos científicos que explorem o tema em outros domínios.
- Desenvolver um estudo aprofundado sobre possíveis doenças desencadeadoras da IRC de forma a prevenir a incidência desta patologia em Cabo Verde

## ❖ VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ☐ Arenas, V.; Barros, L. F.; Lemos, F.; David-Neto, E.; (2009). Qualidade de Vida: comparação entre diálise peritoneal automatizada e hemodiálise. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(Especial-Nefrologia):535-9. disponível no site <http://www.scielo.br/pdf/apv/v22nspe1/17.pdf> retirado as 03/06/2017 as 21:00
- ☐ Bastos, L. M. D.; (2012). *Qualidade de vida da pessoa hemodialisada*. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de saúde de Viseu. 2ª Edição. Portugal.
- ☐ Bechert, C. L., Silva, M. J. P., & Ribeiro L. E. (2011). A influência do ritmo quaternário sobre a percepção dos estados clínicos e subjetivos de pacientes adultos em hemodiálise. *Enfermaria Global*, nº 23, p. 13 – 24.
- ☐ Bolander, V. B. (1998). *Sorensen e luckmann enfermagem fundamental: Abordagem psicofisiológica*. Vol. 2. Lisboa: Lusociência.
- ☐ Castro, M. C. R. (2006). *Manual de transplante renal*. Hospital das clinicas da faculdade de Medicina. Grupo Lopso de Comunicações. Universidade de São Paulo. no site [www.Abto.org.br](http://www.Abto.org.br) .
- ☐ Cherchiglia, M.; Machado, E.; Szuster, D.; Andrade, E.; Acúrcio, F.; Caiaffa, W.; sesso, R.; Junior, A.; Queiroz, O.; Gomes, I.; Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. (2010). *Rev Saúde Pública* 2010;44(4):639-49. Belo Horizonte, MG, Brasil. Disponível em [http://www.scielo.org/pdf/rsp/v44n4/en\\_07.pdf](http://www.scielo.org/pdf/rsp/v44n4/en_07.pdf), em 18/01/2017 as 21:00.
- ☐ Cordeiro, J. A.; (2006). Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: Avaliação do Portador de IRC, Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Enfermagem. Brasil. [Jhttps://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tde/763/1/Dissertacao%20Jacqueline%20Andria%20Bernardes.pdf](https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tde/763/1/Dissertacao%20Jacqueline%20Andria%20Bernardes.pdf). no dia 07/05/2017 as 14:30.
- ☐ D'Ávila, R.; Guerra, E. M.; Rodrigues, C. I.; Fernandes, F. A.; Cadaval, R. A.; Almeida, F. A.; Sobrevida de pacientes renais crônicos em diálise peritoneal e hemodiálise. *J. Bras. Nefrol.* (1999); 21(1): 13-21. [file:///C:/Users/user/Downloads/21-01-05%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/21-01-05%20(1).pdf), 01/11/2016 as 12:30.
- ☐ Dallé, J.; Lucena, A. F.; (2012). Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes hospitalizados durante sessões de hemodiálise. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(4):504-10.

Petrópolis/Porto Alegre/RS.no site <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/04.pdf>, em 10/12/2016 as 15:00.

- ☐ Dias (2005). *Manual de Hemodialise*: edição da clinica de doenças renais: Livraria Ferin, Lisboa.
- ☐ Fortin, M. F. (2009). *O Processo de investigação: Da Concepção a realização*. Lusociência, 2ª ed. Edições e técnicas científica, Lda.
- ☐ Greenberg, Arthur, M. D. – *Primer on Kidney Diseases*. 4ª edição. National Kidney Foundation, cop. 2005. ISBN1-4160-2312-7.
- ☐ Hill, M. e Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário*. 2ª Edição, Sílabo, Lda.
- ☐ Lima, F.Ê, (2010, p.547). *Adesão de portadores de insuficiência renal crónica ao tratamento de hemodialise*: no site: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/16.pdf>, 13/05/2016 as 22:15.
- ☐ Lessa, I.; (2004). *Doenças crónicas não-transmissíveis no Brasil*: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. Ciência saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p.931-43, out./dez. 2004. Disponível no site <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a14v9n4.pdf>, 20/01/2017 as 21:00.
- ☐ Madeiro, A. C., Machado, P. D. L. P., Bonfim, I. M., Braqueais, A. R. & Lima. F. E. T. (2010). Adesão de portadores de insuficiência renal crónica ao tratamento de hemodiálise. Acta Paulista de Enfermagem, 23 (4), p:546-51. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/16.pdf> 15/09/2016, no dia 11/02/2017 as 17:40.
- ☐ Matos, E. F. M. & Lopes, A. (2009). Modalidades de hemodiálise ambulatorial: breve revisão. Acta Paulista Enfermagem, (Especial-Nefrologia) 22, p: 569-71. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/25.pdf>, 15-09-16 as 17:33.
- ☐ Martins, M. R.; cesarino, C. B.; (2015). Qualidade de vida de pessoas com IRC em tratamento hemodialítico. Rev Latino-am Enfermagem 2005 setembro-outubro; 13(5):670-6. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a10.pdf>, no dia 14/01/2017.
- ☐ Marques, A. B.; Pereira, D. C.; Ribeiro, R. C.; (2005). Motivos e frequência de internação dos pacientes com IRC em tratamento hemodialítico. Arq Ciências Saúde 2005 abr-jun;12(2):67-72. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. [http://repositorio-racs.famerp.br/racs\\_ol/Vol-12-2/2.pdf](http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/Vol-12-2/2.pdf), em 14/01/2017 as 22:00.

- ☐ Maldaner C. R., Beuter M., Brondani C. M., Budó M. L. D., & Pauletto M. R. (2008). Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(4), 647-53. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7638>.
- ☐ Mendonça, R. (2008, p.208). *Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo* : disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a13v21ns.pdf> - 13/05/2016 as 22:06.
- ☐ Ministério da Saúde de Cabo Verde. (2012). Plano Nacional de Desenvolvimento sanitário (PNDS) 2012-2016. 2º Volume. MS. Praia.
- ☐ Ministério da Saúde do Brasil (2005). *A vigilância, o controle e a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis*: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 1.º andar, Sala 134 CEP: 70058-900, Brasília/DF. 1ª Edição <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>, retirado no dia 28/09/2016 as 22:00.
- ☐ Moura, A. A. G.; Carvalho, E. F.; Silva, N. J. C.; (2005). Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Prof. Moraes Rego s/n, Cidade Universitária. 50670-420. Recife PE. Supervisor médico pericial. INSS, Gerência Recife. (1661-1672): disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n6/v12n6a25.pdf>, 28/09/2016 as 21:45.
- ☐ Muniz, G. C.; Aquino, D. M.; Palmeira Rolim, I. L.; Chaves, E. S.; Sardinha, E. H.; (2015). Diagnóstico de enfermagem em pacientes com IRC em tratamento hemodialítico. *Revista Pesq Saúde*, 16(1): 34-40, janeiro-abril, de 2015. <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/viewFile/4074/2156> 14/01/2017.
- ☐ Nascimento, C. D.; Marques, I. R. (2005). Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. *Revista Brasileira Enfermagem* 2005 nov-dez; 58(6):719-22.
- ☐ Nolasco, F.; (2009) – *Futuro exige mais especialistas* – 2009 SP News (Sociedade Portuguesa de Nefrologia). Lisboa. Ano V, (Dezembro 2009).

- ☐ Nolasco, F.; – (2011) *Manual de Boas práticas de diálise crónica* – 2011. SP News (Sociedade Portuguesa de Nefrologia). Lisboa. Ano VII, (Junho 2011).
- ☐ Nicola, T. (2002). *Enfermagem em Nefrologia*. 2ª Edição. Londres, Lusociência.
- ☐ Oliveira, P. M.; (2012). *Cuidados de Enfermagem ao Doente Hemodialisado*. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade das Ciências da Saúde. Porto. No site <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3646/1/Projecto%20Gradua%C3%A7%C3%A3o%20%20Paula.pdf> em 17/02/2017 as 11:00.
- ☐ Pereira, E.; Chemin, J.; Menegatti, C.; Riella, M. C.; (2015). Escolha do método dialítico - variáveis clínicas e psicossociais relacionadas ao tratamento. Universidade Federal do Paraná. Brasil. J Bras Nefrol 2016;38(2):215-224. No site <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v38n2/0101-2800-jbn-38-02-0215.pdf> retirado as 14/01/2017 as 21:00.
- ☐ Pecoits- Filho, R. F. S.; Pasqual, D. D.; Fuerbringer, R.; Sauthier, S. M.; Riella, M. C.; (1998). Diálise Peritoneal Contínua Ambulatorial (DPCA): Experiência de 15 anos em Curitiba. J. Bras. Nefrol. 1998; 20(1): 22-30. [file:///C:/Users/user/Downloads/20-01-06%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/20-01-06%20(2).pdf) 22/09/2016.
- ☐ Poveda, V. B., Alves, J. S., Santos, E. F. & Garcia E. M. A. (2014). Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à hemodiálise. *Enfermería Global*, nº 34, p. 70 – 81.
- ☐ Patat, C. L., Stumm, E. M. F., Kirchner, R. M., Guido, L. A. & Barbosa, D. A. (2012). Análise da qualidade de vida de usuários em hemodiálise. *Enfermería Global*, nº 27, p. 66 – 76.
- ☐ Pena, P.F.A.; Júnior, A. G. S.; Oliveira, P.T. R.; Moreira, G. A. R.; Libório, B. A. (2012) Cuidado ao paciente com doença renal crónica no nível primário: pensando a integridade e o matriciamento: no site <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a28.pdf> 13/05/2016 as 22:10.
- ☐ Prestes, F., C.; Beck, C.; Tavares. J.; Silva, R.; Cordenuzzi, O., C.; Burg, G.; Prosnow, A., (2010, p.26). *Percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a dinâmica do trabalho e os pacientes em serviço de hemodiálise*: no site <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/03.pdf> no dia 11/05/2016 19:30.

- ☐ Prodanov, C. ; Freitas, E. (2013). *Metodologia do trabalho científico*. 2ª Edição, universidade de Feevale, novo hamburgo.
- ☐ Ravagnani, L. M.; Domingos, N. A.; Miyazaki, M.C.; Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Estudos de Psicologia 2007, 12 (2), 177-184 no site: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n2/a10v12n2.pdf> em 14/10/2016 as 14:20.
- ☐ Riella, L. V.; Moura, L. A. V.; Riella, M. C. Anatomia renal. In: Riella, M. C. (Org.). *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos*. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 1-9.
- ☐ Riella, M; Pachaly, M.; Zunino, D.; Avaliação Clínica e Laboratorial da função renal. In: Riella M. Princípios e distúrbios hidroeletrólíticos. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003: 269.
- ☐ Rodrigues, T. A. & Botti, N. C. L. (2009). Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise. Acta Paulista de Enfermagem (Especial-Nefrologia) 22, p:528-30. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/15.pdf> 15-09-16 as 17:33.
- ☐ Roque, K. E.; Melo, E. C.; Tonini, T.; (2007). Pós Operatório de Transplante Renal: Avaliando o cuidado e o Registro do cuidado de Enfermagem. Esc Anna Nery R Enfermagem 2007 setembro; 11 (3): 409 - 16. Disponível no site: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a03.pdf> nio dia 02/10/2016 as 15:30.
- ☐ Santos, I.; Rocha, R., P., F.; Berrardinelli, L., M., M.; (2010, p.336) *Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise: em* <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a18v64n2.pdf> 11/04/2016 09:14.
- ☐ Sancho, P. O. C.; Tavares, R. P., Lago, C. C. L.; (2013). Assistência de Enfermagem às principais complicações do tratamento hemodialítico em pacientes renais crônicos. Revista Enfermagem Contemporânea. 2013 Dez;2(1):169-183. Disponível em <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/302/226> 09/12/2016 as 18:00
- ☐ Schaffler, A.; Menche, N. (2004). “Nefropatias e Patologias das Vias Urinárias” in Arne Schaffler, Nicole Menche (coordenadoras). *Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem*. Manual para Enfermeiros e outros Profissionais de Saúde. Loures. Portugal. Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.. (264-311).

- ☐ Schor, N.; Santos, O. F. P.; Boim, M. A.; (2000). Insuficiência renal Aguda. Rua Botucatu, 740. São Paulo – SP. Disponível no site [http://www.transdoreso.org/pdf/Insufici%EAncia\\_Renal\\_Aguda.pdf](http://www.transdoreso.org/pdf/Insufici%EAncia_Renal_Aguda.pdf) retirado no dia 25/03/2017, as 13:00.
- ☐ Setz, V. G.; Pereira, S. R.; Naganuma, M. (2005). O transplante renal sobre a ótica de crianças portadoras de insuficiência renal crônica em tratamento dialítico. Acta Paul Enfermagem 2005; 18 (3):294-300. Rua do Símbolo, 91 - casa 8 - Jd. Ampliação. São Paulo – SP. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a10v18n3.pdf>.
- ☐ Takemoto, A. Y.; Okubo, P.; Bedendo, J.; Carreira, L.; (2011). Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. Rev Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):256-62. <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a07v32n2.pdf> no dia 11/06/2017 as 12:00.
- ☐ Thomas, N.; Jeffrey, C., (2005). - **Enfermagem em nefrologia**. 2.<sup>a</sup> Edição. Loures: Lusociência, cop. 2005. XII, 489 p.. ISBN 972-8383-85-1.
- ☐ Vieira, I. C. S, (2009, p.6) *Adesão à Dietoterapia em Doentes Renais Crônicos em Hemodiálise*: Retirado no site: <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/17871/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20mestrado%20In%C3%AAs%20Vieira.pdf> no dia 17/05/2016 as 17:07
- ☐ World Health Organization (WHO. 2002). **The World Health Organization Report: reducing risks, promoting healthy life**. Geneva.
- ☐ Yin, R. K.; (2001). **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2.<sup>a</sup> edição. Porto Alegre: Bookman.
- ☐ Zats, R.; (2003). **Principios de Nefrologia e distúrbios hidroeletrólitos**. Quarta edição. Editora guanabara Koogan S.A. São Paulo. Brasil.



## ❖ VII – ANEXOS

## Anexo I

### **Guião de entrevistas aos Profissionais de saúde**

**Objetivo geral:** Analisar a perspetiva dos profissionais de saúde que trabalham na unidade de hemodiálise do HBS sobre as implicações que a hemodiálise traz aos doentes com IRC.

#### **1 – Descrição Geral**

- Género: Feminino\_\_\_\_, Masculino\_\_\_\_
- Habilitações Académicas: \_\_\_\_\_
- Categoria profissional: \_\_\_\_\_
- Tempo de atividade profissional: \_\_\_\_\_
- Tempo de atividade profissional em Hemodiálise: \_\_\_\_\_

P2.1 – Quando é que teve início o tratamento da hemodiálise na ilha de São Vicente?

\_\_\_\_\_

P2.2 – Que tipo de acessos na hemodiálise são utilizados nesta unidade?

\_\_\_\_\_

P2.3 – Quantas sessões de hemodiálise são recomendadas semanalmente para cada doente?

\_\_\_\_\_

P2.4 – A IR (Insuficiência Renal) é mais frequente detetado nos casos agudos ou crónicos?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

P2.5 – Quais são as queixas mais frequentes dos doentes submetidos a hemodiálise?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

P2.6 – Considera que o estado de saúde do doente interfere nas atividades diárias? Até que ponto?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

P2.7 Na sua opinião qual é o papel da família no tratamento do doente dialisado?

\_\_\_\_\_

---

---

P2.8 – O que achas da evolução de saúde dos doentes, um ano após ter iniciado o tratamento da hemodiálise?

---

---

P2.9 – Quais são as maiores preocupações dos doentes quando iniciam a hemodiálise?

---

---

P2.10 – Acha que a equipa que trabalha na unidade de hemodiálise preenche todos requisitos necessários? Sim\_\_\_\_ Não\_\_\_\_

Se não, que mais áreas poderiam integrar na equipa?

---

---

P2.11 – Na sua opinião o que poderia ser feito para melhorar a resposta na área de saúde para esses doentes?

## Anexo II

### Guião de entrevista ao Doente

#### **1- Avaliação Sócio económica Demográfica**

##### Identificação doente

- ☐ Número de identificação
- ☐ Idade \_\_\_\_\_ anos
- ☐ Sexo: Feminino\_\_\_\_\_, Masculino\_\_\_\_\_
- ☐ Residência atual?

##### Escolaridade?

- ☐ Analfabeto\_\_\_\_\_
- ☐ Primária\_\_\_\_\_
- ☐ Secundária\_\_\_\_\_
- ☐ Curso Superior\_\_\_\_\_

##### Situação conjugal atual?

- ☐ Solteiro (a)\_\_\_\_\_
- ☐ Divorciado (a)\_\_\_\_\_
- ☐ Viúvo (a)\_\_\_\_\_
- ☐ Casado(a) ou com companheiro (a)\_\_\_\_\_

##### Agregado Familiar

Vive sozinho: Sim\_\_\_\_\_ Não: \_\_\_\_\_

Com familiares: Sim\_\_\_\_\_ Não: \_\_\_\_\_

Outros cuidadores: Sim\_\_\_\_\_ Não: \_\_\_\_\_

##### Atividades diárias laborais

P1.1 - O(A) Sr. (a) está trabalhando atualmente?

Não\_\_\_\_\_, Sim\_\_\_\_\_

P1.2 – Considera que o seu estado de saúde atual dificulta nas atividades diárias?

Se sim, Porquê?

Papel da família no tratamento

P1.3– Tem tido apoio dos familiares durante o tratamento? Sim\_\_\_\_ não\_\_\_\_

Qual Tipo de apoio?

---

## **2 - Situação económica**

P2.1 - Qual o rendimento Familiar Mensal?

P2.2 - Como tem lidado com as restrições alimentares estabelecidas pelo nutricionista?

## **3 – Avaliação clínica**

P3.1 - O que gostaria que fosse feito ou melhorado em termos de resposta na área de saúde ou social para os doentes com IRC?

---

---

P3.2 – Como considera a sua saúde recentemente?

---

---

P3.3 Há quanto tempo tem conhecimento deste problema (IRCT)?

---

P3.4 - Há quanto tempo o(a) Sr. (a) faz diálise? \_\_\_\_ anos \_\_\_\_ meses \_\_\_\_ dias

P3.5 - Qual o tipo de acesso que usa?

Fistulas\_\_\_\_

Próteses\_\_\_\_

Cateter venoso central\_\_\_\_

Não sabe\_\_\_\_

P3.6- N° de Sessões semanais de hemodiálise\_\_\_\_\_

P3.7 – Como se sente após cada sessão de hemodiálise?

---

---

P3.8 - Comparada há um ano, como você classificaria sua saúde atual?

---

P3.9 – Antes de iniciar o tratamento de hemodiálise o(a) Sr. (a) já consultava com especialista em doenças de rins?

☐ Não\_\_\_\_\_

☐ Sim\_\_\_\_\_

P3.10 - O(a) Sr. (a) já esteve internado desde que iniciou a hemodiálise?

Não\_\_\_\_\_, Sim\_\_\_\_\_ Quantas vezes? \_\_\_\_\_vezes

#### **4 – Avaliação psicológica**

P7.1 - Como tem lidado com os problemas emocionais em relação as suas atividades sociais, com a família ou amigos?

---

---

P7.2-Como tem preenchido os tempos livres?

---

---

## Anexo III

### CONSENTIMENTO INFORMADO

Edson Gomes Fortes estudante nº 3652 e Jaqueline Andrade Coelho estudante nº 2803 na conclusão de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo, estamos a desenvolver um trabalho de conclusão do curso de licenciatura em enfermagem cujo tema é **"Percepção dos Profissionais de saúde do setor Hemodialise do HBS, sobre as implicações da hemodialise na vida dos Utentes"**

Sendo assim, solicitamos a sua participação como profissional da unidade de Hemodialise para a realização do referido trabalho de conclusão de curso, através de uma entrevista.

Será garantido o anonimato e sigilo de qualquer outro dado que o (a) identifique, e ainda você terá liberdade para desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos.

Os dados colhidos serão utilizados apenas para fins académicos.

Caso concorde com o que está mencionado neste documento, solicito-lhe que assinale com uma cruz a opção que pretende:

1. Aceito a responder a entrevista ☐
2. Não aceito a responder a entrevista ☐

Mindelo, Janeiro de 2017



Assinatura do (a) participante

Muito obrigado.

## AnexoIV

Exma. Senhora Directora  
Hospital Baptista de Sousa

*Atenção de solicitação para a  
monografia sobre o tema  
"Percepção dos Utentes"  
2016.12.28*

Mindelo, 26 de Dezembro de 2016

Assunto: Pedido autorização para recolha de informações para Monografia Final de Curso

Jaqueline Andrade Coelho, nº 2803 e Edson Gomes Fortes, nº 3652 alunos do curso de Conclusão da Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo, no âmbito do desenvolvimento do seu trabalho de conclusão de Curso / Monografia, vem por essa via solicitar a autorização para recolha de informações sobre o tema "*Percepção dos profissionais de saúde do HBS da Hemodialise, sobre as implicações da hemodialise na vida dos Utentes*".

O trabalho tem como Objetivo Geral "Descrever a percepção dos profissionais de saúde do HBS da Hemodialise, sobre as implicações da hemodialise na vida dos Utentes:

- Salientar as principais estratégias de melhoria de qualidade de vida aos pacientes com IRC;
- Evidenciar os principais impactos da HD na vida quotidiana dos doentes;
- Descrever as complicações mais frequentes relacionadas à hemodiálise;
- Analisar o papel da enfermagem quanto a assistência prestada aos doentes com IRC.

Informa-se ainda que o trabalho será orientado pela metodologia qualitativa sendo que a recolha de informação será feita mediante a aplicação de uma entrevista devidamente validado para o efeito. Iremos também aplicar uma entrevista a um Paciente portador de IRC, submetido a Hemodialise, para realização de um estudo de caso.

Assegura-se ainda que o trabalho atenderá a todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação.

Grata pela atenção disponibilizada.

*Jaqueline Andrade Coelho*

/Jaqueline Andrade Coelho/

*Edson Gomes Fortes*

/Edson Gomes Fortes/

Contacto – tchonav1@hotmail.com  
Móvel - 958-91-53, ou 9954709

